

L'ostéopathie en question

Controverses autour de la légitimité des pratiques

Mémoire présenté pour le diplôme de Master 2 de Sciences Sociales
Mention Sociologie
de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

par

Ludovic MORAND

Directeur de recherche :

M. Nicolas DODIER

Paris - Septembre 2007

Ludovic Morand : ludovicmo@hotmail.com

Merci à

M. Nicolas Dodier, chercheur au Groupe de Sociologie Politique et Morale (GSPM) et directeur d'études à l'INSERM,
pour son accompagnement attentif dans toutes les étapes de ce travail,
A l'ensemble des praticiens et personnes interrogés, qui m'ont aimablement prêté de leur temps.

Sommaire

<u>Introduction</u>	p.5
----------------------------------	-----

<u>Partie I. De la découverte à la pratique : itinéraires de praticiens</u>	p.22
--	------

1.1. Choisir l'ostéopathie	p.22
---	------

1.1.1. Des ponts vers la pratique	p.23
---	------

- *Des filiations professionnelles*
- *Parler avec ses pairs*
- *L'espace du cabinet : le rôle des patients*
- *L'expérience en tant que patient*

1.1.2. De la découverte au choix : La construction du sens	p.28
--	------

- ✓ *Améliorer ses résultats thérapeutiques*
- ✓ *Répondre à une demande du patient*
- ✓ *Le goût du manuel*
- ✓ *Choisir ses patients*

1.2. Se former à l'ostéopathie : des parcours hétérogènes	p.32
--	------

1.2.1. Quelques préalables.....	p.33
---------------------------------	------

1.2.2. La formation initiale.....	p.35
-----------------------------------	------

1.2.3. La formation en alternance.....	p.40
--	------

1.2.4. La formation en « compagnonnage ».....	p.42
---	------

1.2.5. Le diplôme universitaire de médecine manuelle – ostéopathie.....	p.45
---	------

1.3. Les usages de l'ostéopathie	p.47
---	------

1.3.1. L'exclusivité.....	p.47
---------------------------	------

1.3.2. La spécialisation	p.55
--------------------------------	------

1.3.3. La cohabitation	p.63
------------------------------	------

<u>Partie II. Penser les limites. Les compétences et l'organisation du système de soin</u>	p.65
---	------

2.1. La dimension morale du travail politique	p.66
--	------

2.2. L'ostéopathie comme spécialisation médicale	p.70
---	------

2.2.1. L'habilitation à la prise en charge du patient : La formation universitaire et la compétence diagnostique du médecin	p.71
---	------

2.2.2. Les droits et les devoirs	p.76
--	------

2.2.3. Conserver l'organisation des soins. Prescrire l'ostéopathie ou intégrer les non médecins	p.81
---	------

2.3. Conserver les acquis : une frange de kinésithérapeutes non dissidente	p.84
---	------

2.4. L'autonomisation d'un exercice thérapeutique : la construction d'une identité réflexive	p.89
2.4.1. L'épreuve du terrain	p.91
2.4.2. La sécurité du patient. Le diagnostic d' « exclusion » et la maîtrise du geste	p.97
2.4.3. Ouvrir le monopole médical : l'articulation des approches thérapeutiques	p.103

Partie III. Les perspectives politiques de la structuration des cultures ostéopathiques

.....	p.110
-------	-------

3.1. L'ostéopathie médicale : le ressort de la structure existante..... p.115

3.1.1. Fédérer et harmoniser la formation des médecins ostéopathes. <i>La FEMMO</i>	p.116
3.1.2. Créer un « fond culturel » commun : le rôle des sociétés savantes. <i>SFO et SOFMMOO</i>	p.122
3.1.3. Représenter et défendre : un travail politique de terrain. <i>SNMO, SMMOF, Ostéos de France</i>	p.124

3.2. L'ostéopathie exclusive : le mimétisme et l'autonomie..... p.128

3.2.1. Des groupements d'écoles : vers une reconnaissance et une standardisation de l'enseignement. <i>La CadF</i>	p.129
3.2.2. Organiser la recherche et promouvoir la discipline : la définition et l'identité. <i>L'Académie d'Ostéopathie</i>	p.136
3.2.3. Les syndicats professionnels : un rôle d'interface. <i>SFDO, UFOF, SNOF, AFO</i>	p.143
3.2.4. Un syndicat d'étudiant : Vers une structure globale ? <i>L'UNEO</i>	p.155
3.2.5. Placer les ostéopathes sous contrôle. Structure ordinale et déontologie. <i>Le ROF</i>	p.157

3.3. L'ostéopathie au sein de l'organisation socioprofessionnelle de la kinésithérapie.

Une structuration balbutiante	p.161
--	-------

<u>Conclusion</u>	p.165
--------------------------------	-------

<u>Bibliographie</u>	p.172
-----------------------------------	-------

Sigles et sites Internet consultés	p.175
--	-------

<u>Annexes</u>	p.177
-----------------------------	-------

Introduction

Présentation de l'étude

« Toute société jusqu'ici a essayé de donner une réponse à quelques questions fondamentales : qui sommes-nous, comme collectivité ? que sommes-nous, les uns pour les autres ? où et dans quoi sommes-nous ? que voulons-nous, que désirons-nous, qu'est-ce qui nous manque ? La société doit définir son « identité » ; son articulation ; le monde, ses rapports à lui et aux objets qu'il contient ; ses besoins et ses désirs. Sans la « réponse » à ces « questions », sans ces « définitions », il n'y a pas de monde humain, pas de société et pas de culture – car tout resterait chaos indifférencié. Le rôle des significations imaginaires est de fournir une réponse à ses questions, réponse que, de toute évidence, ni la « réalité » ni la « rationalité » ne peuvent fournir. »

Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, coll. « Points Essais », 1975, p.221.

Le travail suivant s'inscrit dans la continuité d'un premier mémoire, réalisé dans le cadre d'un Master 1 de Sociologie, à l'université Pierre Mendès-France de Grenoble. Celui-ci avait pour objet l'étude des représentations du corps et, plus largement, de l'homme, présentes au sein de différentes pratiques thérapeutiques, connues sous le nom de « médecines alternatives ». Sur la base d'un échantillon de six disciplines, nous montrions qu'au-delà de leur hétérogénéité, celles-ci mettaient en jeu des conceptions et des représentations très similaires, marquant une rupture avec la médecine moderne. Afin de comprendre l'épaisseur et la portée de ces différents systèmes de compréhension, leurs lignes de force communes, nous procédions à leur étude comparative, d'un point de vue à la fois historique et anthropologique, avec les modes de constitution de la pensée médicale moderne.

Au cours de ce travail, nous étions confronté de manière récurrente à la question de la légitimité des pratiques, que nous ne souhaitions pas, alors, aborder. Elle n'entrait pas dans le cadre de notre étude. Cette question est pourtant éminemment intéressante, et centrale, car elle ouvre sur la diversité, et la relativité, des modes de pensée, que n'épuisent ni la science, ni la philosophie, ni la religion. La question de départ du travail suivant, par ailleurs transversale à tous les domaines de la vie en société, consistera alors à interroger, en adoptant une démarche compréhensive, les modes de constitution et les dimensions des perspectives et aspirations que nous adoptons sur le réel. Dans un monde où tout semble

possible, comment naissent ces perspectives, comment se stabilisent-elles et, surtout, comment prennent-elles corps de différentes manières à partir d'une même « réalité » ? Comment, à ce titre, expliquer leur hétérogénéité, leur diversité, leur relativité, leur caractère éphémère ou au contraire leur pérennité ? Voici les questions qui guideront notre réflexion.

Pour mettre ces questions à l'épreuve, et dans la continuité du travail précédent, nous avons choisi de nous intéresser aux controverses liées à l'exercice de l'ostéopathie. Pour plusieurs raisons que nous allons exposer, la discipline représente, à leur égard, une entrée intéressante. Nous ferons l'hypothèse qu'il existe, dans le monde global de l'ostéopathie, plusieurs « cultures de soin » distinctes qui mettent en scène des modes d'exercice, de rapports au corps et des perspectives politiques, sinon homogènes, du moins traversés par des lignes de force communes, dont il s'agira ici de retracer le canevas. Nous serons amenés à en distinguer deux principales et une mineure. Elles renvoient, en partie seulement, à la formation initiale de ces praticiens, qu'ils soient : kinésithérapeutes d'origine, médecins de formation ou ostéopathes de formation initiale. Afin de situer le cadre général dans lequel cette étude s'insère, commençons par donner les grandes lignes de l'évolution du statut des praticiens¹.

Contexte historique et juridique du statut des praticiens ostéopathes, en France²

Présente en France dès le début du siècle, la pratique de l'ostéopathie ne se développe véritablement qu'à partir des années 1960 et 1970. Tandis que des praticiens de différentes origines investissaient la discipline – principalement des médecins et des kinésithérapeutes – un arrêté ministériel de même qu'un article du code de la santé publique stipulait, en 1962, que la pratique des manipulations vertébrales, d'une manière générale, était réservée aux seuls médecins. Elle ne constituait pas pour autant un titre spécifique ou une compétence. Les praticiens non médecins, sous le coup de cette nouvelle juridiction, s'exposaient alors à des condamnations pour exercice illégal de la médecine. Pour faire face à l'augmentation du nombre de praticiens devenus « illégaux », les médecins ostéopathes s'organisaient pour engager des poursuites, via leurs syndicats et l'Ordre des médecins. Les peines encourues

¹ Nous donnons ces précisions à titre indicatif, n'ayant pas fait l'objet d'une étude systématique. Elles sont en outre fondées sur des témoignages, la lecture d'articles de presse et des différents textes de loi. Voir notamment annexes 5 et 6, p.X-XI.

² Voir également l'historique que nous fournissons dans les annexes (Annexe 1, p.II).

pouvaient s'élever à plusieurs dizaines de milliers de francs (jusqu'à 50 000 francs). Grâce à un ensemble conjugué de facteurs³, ces praticiens bénéficient, à partir des années 1990, d'une certaine clémence de la part des tribunaux. Les peines, autrefois sévères, se transforment peu à peu en peines avec sursis, en amendes symboliques ou en non lieu. Une certaine tolérance (tacite) se développe à leur égard, tout du moins tant que tout se déroule « sans incidents ». En cas de problèmes, les praticiens continuent à engager une forte responsabilité personnelle (accident, plainte des patients...). A la fin des années 1990, les institutions médicales (Ordre des médecins, Académie de médecine) reconnaissent la spécificité de l'ostéopathie, et des discussions en faveur d'une réglementation – et, partant, d'une reconnaissance – de la discipline animent les milieux politiques. Suite à cela, la loi du 4 mars 2002 reconnaissant, en son article 75, l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur constitue une véritable rupture juridique, sortant la discipline des limbes de l'illégalité. Notre étude couvre cette période plus récente qui s'étend de mars 2002 à juin 2007, avec des incursions dans la période antérieure.

Cadre général de l'étude

Le 4 mars 2002, la loi 2002-303, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, reconnaissait, en son article 75, « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur (...) aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret.⁴ » Le même article précise par ailleurs que « le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire. » Le 6 août de la même année, une loi d'amnistie présidentielle levait les condamnations liées aux délits pour exercice illégal de la médecine. Malgré la promulgation de la loi 2002-303 et la création de plusieurs commissions réunissant les différentes associations d'ostéopathes, le gouvernement montrait son incapacité à édicter les décrets d'application devant les profondes divergences qui divisaient les ostéopathes, et les propres

³ Notons la légalisation de l'ostéopathie dans plusieurs Etats européens ; la résolution du Parlement européen de 1997 sur le statut des médecines alternatives ; l'absence de sinistralité et de plaintes des patients ; la popularité croissante de la discipline ; le nombre important, et croissant, de praticiens « illégaux » et, sans doute également, la composante « médicale » de l'ostéopathie. Nous y reviendrons.

⁴ Cf. Journal Officiel de l'Assemblée Nationale, Numéro 54 du 5 Mars 2002, page 4118. Voir annexe 3, p.VII.

questions que celui-ci avait à résoudre⁵. Lorsque nous débutions cette étude, en novembre 2006, les décrets d'application n'avaient toujours pas été édictés, créant une situation assez inédite. Les ostéopathes, quelle fût leur origine, ne pouvaient plus être poursuivis pour exercice illégal de la médecine, et la pratique n'était pas règlementée. Devant l'imminence d'une règlementation ou, en son absence, les différentes associations de praticiens, de tout bords, montaient au créneau afin de faire valoir leurs propres perspectives, tandis que d'autres groupes de praticiens s'organisaient pour ouvrir de nouveaux centres de formation. Le nombre de ces centres passaient d'une vingtaine à la veille de 2002 à environ soixante-dix en 2006, selon les associations socioprofessionnelles.

Délimitation de l'objet

La loi 2002-303 concerne également les chiropracteurs. Pourquoi avons-nous choisi spécifiquement de nous intéresser plus spécifiquement aux ostéopathes ? La situation de la chiropraxie est quelque peu différente de celle de l'ostéopathie. Développée aux Etats-Unis à peu près à la même période que l'ostéopathie par d'autres fondateurs, elle concerne aujourd'hui un nombre de praticiens bien moins important. De fait, on dénombre aujourd'hui environ 450 chiropraticiens en France⁶. Ce groupe semble ensuite comprendre peu de médecins ou de kinésithérapeutes, ce qui lui confère une certaine homogénéité par rapport au groupe des ostéopathes. Enfin, et c'est là un aspect essentiel, la chiropraxie est organisée de manière très unitaire et hiérarchique, au niveau mondial, même si elle n'est officiellement reconnue qu'aux Etats-Unis et au Canada. La *World Federation of Chiropratic* régit le Conseil européen de la chiropraxie, qui lui-même dirige l'AFC (Association Française de Chiropraxie). Il n'existe par ailleurs qu'un seul cursus de formation, établi par la même fédération au niveau international. Les études s'échelonnent sur six années à temps plein avec mémoire de fin d'études. Depuis 1983, il existe une école en France, à Paris, qui comprend des promotions d'une trentaine d'élèves par année.

A la différence de la chiropraxie, la période qui succède à la promulgation de la loi

⁵ Nous n'avons pas d'informations, ou de manière indirecte, sur les propres exigences du gouvernement en la matière. Il semblerait qu'outre la volonté de règlementer la pratique d'un nombre croissant de praticiens illégaux, celui-ci ait eu à résoudre des questions d'ordre juridique (en lien notamment avec le système de Sécurité sociale et le rapport aux autres professions de santé) et de gestion du nombre de praticiens actuellement en formation.

⁶ Cf. Académie Nationale de médecine, *Rapport au nom d'un groupe de travail. Ostéopathie et chiropraxie*, janvier 2006.

2002-303, en l'attente des décrets, représente un moment où la légitimité des pratiques se pose à l'intérieur du monde de l'ostéopathie comme à l'extérieur par des acteurs multiples ; où les normes et les conventions du milieu se trouvent remises en perspective, questionnées ; où de nouvelles exigences normatives sont introduites. Un moment, en somme, qui représente une *épreuve*, au sens pragmatique du terme⁷. Le monde de l'ostéopathie fait en outre l'objet d'un investissement beaucoup plus vigoureux et diversifié. Les acteurs qui s'en revendiquent, bien plus nombreux, ne sont d'accord ni sur sa définition, ni sur les modes de formation qui conduisent à sa pratique, ni sur son statut dans le monde des soins, ni sur ses indications, ni même sur la manière de pratiquer. Ces questions ont un lien, et l'un des aspects de cette étude sera d'en révéler la nature, à travers le sens que les acteurs accordent à leurs actions. Caractérisée par la mobilisation des organisations d'ostéopathes, cette période est également un moment clé pour comprendre les prises de positions qui se construisent autour de ces questions. Elles s'expriment avec davantage de lisibilité. Les activités de ces organisations sont particulièrement intéressantes à étudier car elles occupent le devant de la scène concernant les débats autour de la réglementation. Elles sont en cela porteuse de prises de position à *dimension collective*, un aspect qui nous semble essentiel pour des questions portant sur la légitimité. Cette position sur le devant de la scène témoigne également d'un *engagement*, d'une volonté de maîtriser les conditions et les modalités de leur exercice. La dimension collective de leur mobilisation nous a ensuite semblée intéressante pour comprendre les modalités de construction de ces prises de position. Au sein même de ces organisations, celles-ci supposent un véritable travail de construction, que nous aurons à explorer, avant d'être débattue sur un plan externe. Enfin, les différentes organisations mobilisées représentent des ostéopathes issus des trois principales origines professionnelles des praticiens aujourd'hui en exercice : la kinésithérapie, la médecine et la formation initiale en ostéopathie (sans autre pré requis que le baccalauréat). Cet aspect permet de couvrir, à travers elles, une grande partie des modalités des prises de position que l'on peut trouver dans le monde de l'ostéopathie. D'un point de vue comparatif, la diversité des prises de position représente également un gain cognitif par le fait qu'elles s'éclairent mutuellement.

⁷ Pour Nicolas Dodier, la notion d'*épreuve* représente un moment destiné à qualifier ou requalifier les entités d'un univers donné en relation avec une question saillante. L'établissement des pouvoirs légitimes repose sur de telles épreuves lancées par un certain agencement des pouvoirs qui repose lui-même sur des épreuves antérieures. Cf. Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de Sida*, Paris, Editions de l'EHESS, coll. « Cas de figure », 2003, p.31.

Approches et perspectives

L'exploration des questions que nous venons de soulever s'organisera en plusieurs temps. Dans la première partie, nous nous intéresserons tout d'abord aux conditions et aux raisons qui ont amené les praticiens interrogés à s'intéresser à l'ostéopathie (partie 1.1.). Nous décrirons ensuite les principaux types de formation que nous avons rencontrés, et chercherons à comprendre ce qu'ils impliquent en terme de pratiques (partie 1.2.). Enfin, nous porterons notre attention sur la question de la diversité des usages ostéopathiques. Ces trois premières dimensions constituent pour nous un canevas de départ à partir duquel appréhender les processus par le biais desquels les praticiens définissent le caractère légitime de leur pratique. Ce sera l'objet de la deuxième partie. Elle consistera à mettre en relief les principaux éléments autour desquels prennent forme les différentes façons dont les praticiens envisagent la répartition des pouvoirs dans le monde des soins – c'est-à-dire la manière dont l'ostéopathie s'inscrit dans le système de soins – et les conditions de leur légitimité. Dans la troisième partie, nous nous interrogerons sur la nature du *travail politique*⁸ réalisé par les praticiens, au travers de leurs organisations respectives, pour maîtriser les modalités de la réglementation à laquelle ils vont être soumis. Nous verrons de quelle manière les praticiens s'approprient ou construisent les moyens et les outils leur permettant de mettre en œuvre leurs propres perspectives politiques.

Les différentes questions que nous soulevons s'articulent donc autour d'une double perspective. La première, relevant de la sociologie cognitive, accorde une attention particulière aux processus par le biais desquels les praticiens construisent leurs univers de références et leur rapport à leur environnement. La seconde relève de la sociologie politique et, sur la base de la première, s'attache à comprendre comment se construit l'espace et le mouvement de la mobilisation et des prises de position autour de la question de la reconnaissance de l'ostéopathie.

Avant de nous intéresser à ces questions, il nous faut donner quelques éléments pour comprendre la manière dont nous les abordons. Comment rendre compte de la mobilisation des ostéopathes, de leur volonté de participer, voire de contrôler la définition de leur

⁸ Pour Nicolas Dodier, celle-ci renvoie au travail déployé par les acteurs pour établir ou critiquer la légitimité des pouvoirs. En ce sens, l'une des dimensions de cette activité consiste à établir des pouvoirs légitimes. Nous développerons davantage cette notion dans le cours du texte. Cf. Nicolas Dodier, *Leçons politiques, op. cit.*, chap.1.

discipline ? Comment comprendre, également, les antagonismes qui les opposent aussi bien dans leur manière de concevoir la pratique, ses indications, ses limites, ou sa place dans le système de soin ? Nous développerons l'ensemble de ces questions à la lumière d'une notion principale, celle de *culture de soin*.

La notion de culture de soin a tout d'abord à voir, comme son nom l'indique, avec une notion de *culture*, telle qu'elle a pu être développée au début du siècle par les anthropologues américains. Celle-ci a véritablement pris corps au sein de l'école « culture et personnalité », marquée par l'enseignement de Franz Boas et l'influence d'Edward Sapir. La pierre de touche de ce courant, nommé « culturalisme anthropologique », est d'envisager chaque culture comme une totalité cohérente, représentant à la fois une unité et une originalité fondamentales. Une culture fonctionne ainsi comme un ensemble organisé dans lequel chaque partie tire son sens, sa place et son rôle de la totalité. Le but de l'analyse consiste alors à comprendre et étudier chaque élément d'une culture comme l'expression du tout dont il fait partie. Pour les culturalistes, ces éléments doivent par ailleurs être étudiés à la manière dont ces derniers se manifestent chez les individus : « *La façon dont les hommes occupent le sol n'est pas entièrement déterminé par la géographie, l'hydrométrie, la situation démographique et les richesses du territoire ; elle renvoie à une certaine attitude devant la vie, à certaines modalités d'utilisation des données. De là la nécessité d'élaborer les concepts permettant de cerner les relations de la culture et de la personnalité*⁹. » Très orienté sur la psychologie, ce courant entend construire les outils afin de comprendre comment la culture formate le comportement et la personnalité de ses membres. L'apport de cette perspective par rapport à notre étude est de mettre l'accent sur ce que les éléments constitutifs de, ou appartenant à, un groupe (de quelque nature qu'ils soient : objets, signes, langage, conventions, institutions, évènements...) peuvent impliquer en terme de manière de penser ou d'agir. En somme, de quelle manière ces derniers peuvent être en mesure de rendre compte d'une certaine homogénéité de ce que Nicolas Dodier nomme des *dispositions politiques*¹⁰. Ainsi, à la différence de ce courant, nous chercherons moins à comprendre ce que ces éléments impliquent quant à la construction de la personnalité ou à leur influence sur le comportement des individus qu'au développement de *visions du monde* ; ces dernières déterminant la nature des *dispositions politiques*. Ce sera la seconde

⁹ Simone Clapier-Valladon, *Panorama du culturalisme*, Paris, Epi, 1976, p.16. Nous faisons également référence à l'ouvrage de Robert Deliège, *Anthropologie sociale et culturelle*, Bruxelles, De Boeck, 1992.

¹⁰ Une disposition politique représente une manière spontanée d'aborder de nouvelles situations ; un cadre présidant à l'appréhension de nouveaux épisodes. Cf. Nicolas Dodier, *Leçons politiques, op. cit.*, pp.33-34.

dimension importante de la notion de culture de soin.

Nous trouverons cette notion chez Karl Mannheim, en sa conception totale de l'idéologie¹¹. La conception totale de l'idéologie est à comprendre comme l'ensemble des « *concepts produits par la vie collective* » (p.44) qui organisent toute la *weltanschauung* (pour vision/conception globale du monde) des membres d'une société. Pour lui, cette *weltanschauung* doit moins être comprise comme la somme des expériences fragmentaires de chaque individu, même si ces derniers y participent, que comme un tout cohérent dégageant spontanément des principes d'organisation qui leur permette de comprendre le monde. L'essentiel de l'analyse qu'il développe tend à insister sur le caractère situé de la connaissance, relative à la fois au mode d'expérience et d'interprétation de la réalité. Elle n'est pas absolue : « *Dès lors, le monde, comme "monde", n'existe que relativement à l'esprit connaissant, et l'activité mentale du sujet détermine la forme sous la laquelle le monde apparaît* » (p.58). Cependant, à la différence d'une pensée relativiste qui analyserait tout mode de pensée en relation avec la position concrète de l'individu dans la vie, il reconnaît l'existence de « sphères de pensée » différentes, dont le système de connaissance est à comp¹²rendre selon une perspective *relationnelle* (il parle à ce titre de *relationnisme* en opposition au *relativisme*) : « *Tous les éléments de signification dans une situation donnée se rapportent les uns aux autres et tirent leur sens de ces interrelations réciproques dans un cadre de pensée donné* » (p.88). Ces sphères de pensée sont intéressantes en tant qu'elles constituent des principes organisateurs de la connaissance, de systèmes de référence plus ou moins stabilisés grâce aux systèmes de valeurs qu'ils véhiculent ; quand bien même il insiste essentiellement, dans son propos, sur la dimension historique de la connaissance, mettant cette dernière en relation avec des « types d'existence historique » donnés (p.89). En dernière analyse, Mannheim explique le conflit en relation avec les différents modes d'expérience de la même « réalité » que produisent – ou qui produisent – ces sphères de pensée. Un point de vue qui nous permet en outre de sortir d'une dimension purement historique de la connaissance, en nous rapprochant de *relations* d'ordre structurelles, et donc de nature davantage localisée. Nous nous intéresserons particulièrement au rôle de la formation (plurielle) dans la constitution de ces sphères de pensée. Avec la notion de

¹¹ Karl Mannheim, *Idéologie et utopie*, Paris, Marcel Rivière, coll. « Petite bibliothèque sociologique internationale », 1956.

¹² Il conviendrait d'étudier selon une focale plus grande les effets de traduction réciproque des sphères de pensée corrélatives à différents mondes au sein desquels évolue l'individu, que l'on pourrait observer dans leur interaction et leur confrontation.

cultures de soin, nous sommes ainsi en mesure d'étudier des ensembles plus ou moins cohérents et stabilisés, caractérisés par un corpus d'éléments communs qui organisent l'expérience de ces membres et, partant, leur vision du monde, dans le domaine précis de l'ostéopathie. Cette dernière dimension nous est apparue importante d'une part pour rompre avec la position trop radicalement indéterministe – voire antidéterministe – des interactionnistes américains – même si celle-ci constitue, pour une large part, une réaction à l'égard des courants *critiques* de la sociologie – et d'autre part pour renouer avec le caractère *intellectuellement* déterminé¹³ de notre rapport au monde, qui nous semble trop peu présent au cœur de la sociologie interactionniste, même si on en trouve des éléments¹⁴.

En dehors de ces aspects, l'approche interactionniste nous semble intéressante à d'autres égards, en complétant les perspectives de Karl Mannheim, avec lesquelles elle a par ailleurs de nombreux points communs (en particulier la notion d'*action située*). Elle permet notamment de rompre avec une compréhension sans doute trop unifiée et homogène propre aux deux perspectives précédentes. Comment en effet rendre compte de ce qui se passe dans le monde des ostéopathes à partir des éléments d'une culture partagée par chacun de nous ? Si un certain nombre d'aspects peuvent être dégagés de cette manière, elle nous semble toutefois impropre à rendre compte de ce qui caractérise plus *particulièrement* le monde des ostéopathes. Il nous semble y avoir un effet d'échelle à résoudre, et qu'une perspective en terme de *mondes sociaux*, développée entre autre par Anselm Strauss et Howard Becker, ainsi que par d'autres interactionnistes américains¹⁵, soit en mesure d'y répondre. Cette

¹³ Il semble toutefois nécessaire de nuancer l'opposition que nous mettons en avant, qui paraît plus fine que prévue. Selon le commentaire d'Isabelle Baszanger, Anselm Strauss considère l'effet d' « ajustements mutuels », d' « ordre négocié », d' « alignement », etc. ce que d'autres comprendraient en terme de détermination. Sur le thème de l'identité et de l'histoire sociale, les perspectives et les aspirations des individus naissent à l'intérieur de « mondes sociaux », sous l'effet de rapports d'interaction. Cf. Isabelle Baszanger, « Les chantiers d'un interactionniste américain », in : Strauss, *La trame*, op. cit. Nous serons sensible à ce point de vue interactionniste plutôt que de considérer l'effet d'entités abstraites et fictives, telle que la « culture » ou la « société », mais nous accorderons toutefois une attention particulière au rôle des structures dans la construction des perspectives et aspirations, qui nous occupent dans ce travail (car nous n'interagissons pas uniquement avec des individus).

¹⁴ Howard Becker décrit par exemple essentiellement le « ciment » de ses « mondes de l'art » par la « coopération » des acteurs autour d'un même objet, même s'il reconnaît par ailleurs une certaine place aux « conventions » les régissant, et par là même à des phénomènes d'ordre *idéologiques*. Par exemple : « *Jusqu'où faut-il aller dans l'organisation d'un monde de l'art et la mise en place de son appareil institutionnel avant de pouvoir faire accepter l'œuvre en question au-delà du cercle des imitateurs de ce nouveau monde ? Les moyens et les arguments nécessaires pour convaincre les gens sont très variables. Parfois, une argumentation idéologique approfondie est indispensable.* » *Les mondes de l'art*, op. cit., p.170. Il définit également un *monde de l'art* par un système idéologique, une esthétique et des formes d'organisation sociale. *Ibid.*, p.290.

¹⁵ Nous nous référerons essentiellement ici à Anselm Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992 et Howard Becker, *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 1986 ainsi que, du même auteur, *Outsiders. Etudes de sociologie de la*

approche permet de même de mettre l'accent sur la multiplicité des groupes qui composent le monde social et, partant, la multiplicité des systèmes d'organisation, de références, de valeurs, d' « idéologies » (si on reprend Mannheim)... Cette approche permet également de penser ces groupes, selon une dimension chère aux interactionnistes, dans ce qu'ils ont de dynamique (notions de *processus* et de *séquençage*) et d'évolutif, redéfinissant constamment leur rapport au monde et aux autres¹⁶. Le monde social et ses évolutions sont ainsi à comprendre à partir du choc et de la rencontre, plus ou moins pacifiques, d'acteurs ou de groupes d'acteurs, qui exercent les uns à l'égard des autres des effets de réaction réciproque.

Cette approche permet également d'envisager des changements d'échelle. Si Becker parle de « mondes de l'art » comme de groupes définis par la coopération des différents acteurs autour d'un même objet (finalité, etc.), Strauss envisage les processus de « segmentation » à l'œuvre à l'intérieur de ces mondes¹⁷. Ces derniers peuvent être engendrés par des facteurs de nature différente, par exemple l'évolution technologique, l'expérience des personnes, l'avènement d'une nouvelle génération. Il insiste également sur le fait que ces segments sont porteurs de conceptions différentes, proches de ce que Mannheim appréhendait en terme d' « idéologies ». L'un des objectifs de notre travail consistera, pour une part, à comprendre ces processus de segmentation à l'œuvre dans le monde des ostéopathes. Le niveau d'analyse portera donc plus précisément sur différents « segments » du monde l'ostéopathie, auxquels renvoient les différentes cultures de soin, additionnées des caractéristiques particulières que nous mettons en avant.

Pour terminer avec ces aspects, nous voudrions mentionner l'intérêt que nous portons aux approches développées par la sociologie des régimes d'action, qui nous semble permettre de prolonger une analyse en terme de monde sociaux en portant l'analyse sur les capacités de l'acteur à circuler entre différents mondes ainsi qu'à mobiliser des appuis normatifs de nature différente. Philippe Corcuff souligne ainsi le caractère pluriel de l'identité des acteurs contre une « *vision unifiée de la personnes* » que l'on trouve par

déviance, Paris, Métailié, 1985 (1963).

¹⁶ Voir notamment la notion d' « ordre négocié » qui donne le monde social à penser comme un système de négociation permanente, Strauss, *La trame...*, *op. cit.*, p.22 ainsi que celui d' « alignement », emprunté par le même auteur à Herbert Blumer, qui représente le processus par lequel les acteurs accordent leurs actions relatives, *Ibid.*, pp. 44 et 131. Becker parle de son côté d' « ajustement mutuel » pour insister sur le fait que l'action collective est le résultat d'ajustements permanents entre les acteurs. Cf. Becker, *Outsiders*, *op. cit.*, p.205-206. Pour une étude de ces processus d'ajustement à l'égard de « normes » sociales, cf. Luc Boltanski, « La dénonciation publique », in : *L'amour et la justice comme compétences*, Paris, Métailié, 1990.

¹⁷ *La trame...*, *op. cit.*, p.274.

exemple à travers le concept d'*habitus* bourdieusien : « *L'idée d'acteur pluriel propose donc une conception beaucoup plus complexe et ouverte des dispositions acquises, en donnant plus de place aux logiques d'action et aux interactions.* » L'approche plurielle des acteurs permet ainsi d'appréhender un acteur ou une situation à partir de plusieurs éclairages : « *il n'est pas absurde qu'ils fassent appel à un sentiment de justice dans une situation, qu'ils soient amoureux dans une autre, qu'ils soient violents dans une troisième et stratégique dans une quatrième.*¹⁸ » Cette perspective ouvre sur un aspect important que l'on retrouve chez différents tenants de la sociologie pragmatique : l'idée d'un **pluralisme interne à l'action**, qui confronte au sein d'une même situation plusieurs acteurs porteurs d'attentes normatives différentes, mettant eux-mêmes dans leur propre action différentes références normatives en relation, de nature parfois hautement hétérogène¹⁹.

Jusqu'à présent, les perspectives que nous avons mises en avant permettent surtout de considérer ce que les individus doivent à la culture de soin à laquelle ils appartiennent, c'est-à-dire en envisageant leur marge de liberté avant tout sous l'angle de la détermination, un aspect qu'il nous a semblé essentiel de ne pas manquer. Ce faisant, nous avons peu pris en considération la capacité de l'acteur à intervenir librement sur le cours des événements. Plusieurs notions, développées au carrefour de la sociologie pragmatique, interactionniste et de l'ethnométhodologie, nous seront utiles afin d'éclairer cet autre versant qui caractérise également des pans entiers de l'existence humaine. Il nous semble en effet difficile de dissocier ces deux aspects – liberté et contrainte – dans l'analyse, à moins de ne s'attacher qu'à l'un d'eux dans une ligne problématique explicite. Une hypothèse que nous proposerons au cours de la troisième partie consistera à penser la capacité des acteurs à circuler entre ces deux pôles, acquise par la maîtrise du « monde » (de ses codes, conventions, références, normes, « idéologie »...) au sein duquel ils évoluent.

Dans l'ethnométhodologie, la liberté de l'acteur peut tout d'abord être appréhendée à travers la notion de **réflexivité**²⁰. Cette dernière insiste sur la capacité des acteurs à se saisir de la réalité qui l'environne, à organiser ses différents éléments et à leur construire un sens.

¹⁸ Philippe Corcuff, « Justification, stratégie et compassion. Apports de la sociologie des régimes d'action », *Correspondances. Bulletin d'information scientifique de l'institut de recherche sur le Maghreb contemporain*, Tunis, juin 1998.

¹⁹ Voir Nicolas Dodier, « L'espace et le mouvement du sens critique », *Annales HSS*, n°1, janvier-février 2005.

²⁰ Voir par exemple M. de Fornel, A. Ogien, L. Quéré (dir.), *L'ethnométhodologie, une sociologie radicale*, Colloque de Cerisy, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2001.

Sans doute représente t-elle une première étape sur le chemin de la liberté. Plus précisément, nous envisagerons le travail politique entrepris par les différents praticiens, via leurs organisations, sous l'angle de la notion de *trajectoire*, développée par Anselm Strauss²¹. Pour ce dernier, elle permet de souligner les effets réciproques des acteurs sur différentes questions. Dans le cadre de ses travaux, il développe par exemple la notion de « trajectoire de maladie », qui désigne l'imbrication et la succession des tâches accomplies autour d'un patient hospitalisé. La « projection de trajectoire » représente quant à elle les tentatives accomplies par les individus afin de maîtriser, de contrôler le déroulement d'une trajectoire. Dans la même perspective mais du côté de l'acteur, Strauss parle en reprenant Mead et Dewey, d' « ajustement biographique », pour désigner les actions entreprises pour avoir un certain degré de contrôle sur sa propre biographie. L'un des objectifs de ce travail consistera ainsi à décrire l'articulation entre ces deux niveaux, et nous envisagerons à ce titre deux trajectoires : celle des praticiens et celle de l'ostéopathie, non comme entité fictive mais comme discipline collective. La première, à laquelle rend largement compte la première partie, entend s'intéresser à la manière dont les praticiens intègrent une culture de soin et construisent leur rapport à la discipline et, partant, circulent sur un axe liberté/contrainte. La seconde, qui renvoie plus directement à la troisième partie, s'attache plus particulièrement à comprendre comment des praticiens organisent leur action en vue de maîtriser les conditions de leur exercice. Dans une moindre mesure, elle s'attache à donner des éléments de compréhension sur les perspectives du changement à l'intérieur des cultures ostéopathiques.

Déroulement de l'enquête dans le monde des ostéopathes²² ?

Les recherches conduites lors de notre Master 1 sur les médecines alternatives ont constituées une base précieuse pour démarrer ce nouveau travail, notamment sur les avancées juridiques concernant l'ostéopathie et la chiropraxie (rapport européen Lannoye-Collins de 1997 et loi n°2002-303), sur ses indications, le rapport au corps du patient et le mode global de traitement. Plusieurs témoignages de personnes de notre entourage à propos de l'ostéopathie ont également une source d'informations de départ intéressante. Il nous est par ailleurs arrivé à plusieurs reprises de consulter en tant que patient des ostéopathes au cours des années précédentes. Nous devons en particulier à l'un de ces praticiens l'intérêt de

²¹ Cf. Strauss, *La trame*, op. cit., pp.29-40.

²² Nous présentons dans les annexes quelques documents « types » à partir desquels nous avons travaillé.

travailler sur un tel sujet. Ces consultations nous ont permis de mener des observations, tant sur la nature du diagnostic, sur l'explication fournie de la maladie, que sur la nature du traitement. Elles nous ont en outre permis d'engager avec eux des discussions sur leurs conditions d'exercice, leurs souhaits, leurs rapports à la médecine et aux autres disciplines. Ces différentes informations recueillies ont constitué une base d'information *exploratoire*.

Nous avons ensuite procédé à une exploration de différents supports de presse, à la recherche d'information concernant l'ostéopathie. Pour la Presse d'information générale, nous avons utilisé les moteurs de recherche *Lexis Nexis* et *Europress*, avec « ostéopath » comme mot de recherche. La consultation de ces archives nous a permis de couvrir une période assez large (depuis début 1980) et d'apprécier la nature des interventions autour de l'ostéopathie dans ces différents médias. Nous avons discriminé les articles recueillis en écartant ceux traitant de l'ostéopathie vétérinaire (notamment équine, qui ressort fréquemment), les articles présentant la spécificité de l'approche thérapeutique et la plupart des articles à « sensation », faisant état de guérisons spectaculaires car moins en lien avec nos questions de recherche. Nous avons privilégié ceux qui traitaient de controverses liées aux pratiques, de l'évolution de la législation, de procès. Sur un total de 142 articles début janvier 2007, nous en avons conservé une soixantaine. Il est intéressant de constater que l'ostéopathie ne fait véritablement apparition dans les médias qu'à partir du milieu des années 1990 (le premier article sélectionné selon nos critères date du 25 octobre 1994 publié par le *Sud-Ouest*). Relativement peu présente au cœur de la presse d'information générale²³, elle marque une petite progression en 1996 avec le suivi de procès, relayés en particulier par *La Semaine Juridique - Entreprise et affaires* et par le *Sud-Ouest* ; ce dernier quotidien étant plus particulièrement mobilisé autour de ces questions. Aucun article n'a paru entre 1998 et 2000 et, après une timide reprise de quelques articles par années jusqu'en 2005, la seule année 2006 en compte 22. Ce fait correspond selon nous à l'effet conjugué de la mobilisation des ostéopathes autour d'actions auprès du grand public (manifestations, pétitions, mobilisation de sportifs et scientifiques, etc.) et de la multiplication des actions du gouvernement autour de la question. Les problématiques développées par les articles évoluent de questions liées à la légalité de la pratique (procès...) ainsi qu'à la nature du traitement proposé à des questions liées à l'encadrement de la pratique et aux prises de position des différents acteurs (gouvernement compris). Le changement de problématique est

²³ Le premier article que nous avons trouvé durant cette période grâce à ces moteurs de recherche est publié par *Le Monde* du 3 août 1988, qui fait rapidement allusion à l'ostéopathie parmi six autres disciplines alternatives.

clairement chronologique et caractérisé par les deux groupes d'articles (avant 1998 et après 2000, avec une période d'absence de deux années). Il s'opère dès l'année 2000, avec l'accroissement des discussions et des débats dans les milieux politiques autour de la reconnaissance de la pratique. Nous avons ensuite consulté à la Bibliothèque nationale de France les archives de plusieurs organes de presse professionnelle : *Le quotidien du médecin* ; *Kinés, les Annales* ; *Aesculape - Revue internationale des médecines non conventionnelles* ; *Kiné actualité*. Nous avons travaillé sur une vingtaine d'articles.

L'outil Internet a représenté un autre moyen important d'accès à l'information. Sur le site *Legifrance*, nous avons eu accès aux différents textes concernant l'ostéopathie ainsi qu'aux minutes parlementaires des débats qui ont eu lieu à l'Assemblée nationale et au Sénat en préparation de la loi du 4 mars 2002. Nous avons également consulté les sites officiels d'un certain nombre d'acteurs institutionnels comme l'HAS (Haute Autorité en Santé), le Conseil National de l'Ordre des médecins, l'Académie de médecine, le ministère de la santé, plus de nombreux autres sites afin de collecter des documents émanant des représentants de l'Etat et de la profession médicale (rapports, lettres de mission, communiqués, articles, entretiens publiés, etc.). Nous avons prolongé cette démarche tout au long des étapes de ce travail. Nous avons ensuite entrepris une recherche sur les moteurs de recherche Internet sur les organisations d'ostéopathes. Nous avons consulté les sites de ces différentes organisations ainsi que de nombreux autres (forums, sites de médecines douces, blogs...). Il nous faut en outre souligner l'existence du *Site de l'ostéopathie* de Jean-Louis Boutin²⁴, site personnel d'un praticien qui a constitué une source précieuse d'informations. Celui-ci comprend en effet des informations générales sur l'ostéopathie (histoire, concepts, indications...) mais rassemble surtout un nombre particulièrement important de liens, de documents et d'articles émanant de différents acteurs mobilisés autour de la reconnaissance de l'ostéopathie. Une première recherche de ce type nous a permis de répertorier un grand nombre d'associations et de sigles pour lesquels il nous a fallu consacrer un travail assez fastidieux de recoupement d'informations afin de comprendre leurs mutations historiques ; leurs disparitions ou leurs apparitions ; la nature de leurs actions, positions, etc. Outre cette démarche, nous avons recueilli sur leurs sites un nombre important d'éléments de nature hétérogène et de provenance diverse (acteurs variés) au sujet de l'ostéopathie.

²⁴ Le site de l'ostéopathie de Jean-Louis Boutin : www.osteopathie-france.net

Nous avons ensuite cherché à prendre contact avec chacune de ces associations, via leur site Internet, quel que soit leur « point de contact » avec l'ostéopathie : syndicalisme, recherche, enseignement, etc. La principale difficulté a été d'établir ce contact, à force de relances et de persévérance, et d'obtenir de la part de leurs membres au moins un entretien pour chaque organisation. Tâche difficile car ces personnes cumulent généralement exercice libéral et activité associative, souvent très prenante. Ainsi, nous avons parfois conduit nos entretiens dans des cafés de hall de gare ou d'hôtels, dans leurs cabinets de consultation ou encore au téléphone. Globalement, et malgré leur peu de disponibilité, ces praticiens se sont montrés particulièrement disposés à nous parler (toujours avec passion) de leur pratique, de leurs revendications ou de leurs activités. Nous avons mené des entretiens semi directifs²⁵ grâce à un canevas de questions portant sur trois thématiques en relation avec nos questions de recherche : la formation du praticien ; son mode d'exercice ; ses activités syndicales. Ce guide, assez formel, nous a surtout servi d'aide mémoire, de support afin de ne rien négliger. Nous lui avons associé, au fur et à mesure de la recherche, un jeu de questions supplémentaires en lien avec différents éléments collectés dans la presse, sur Internet ou au cours des entretiens précédents. Ce dernier nous a permis de soumettre des hypothèses de recherche et de confronter les vues sur des questions similaires. Nous nous sommes efforcés de laisser autant libre cours que possible au déroulement de ces entretiens afin d'être attentif aux éléments que nous n'avions pas pris en compte, ou pas soupçonnés. Comme toutes les questions ne pouvaient pas être abordées au cours d'un même entretien, et par souci de temps, nous avons privilégié les domaines pour lesquels nous ne disposions que de peu d'informations. La saturation et la redondance de celles-ci permettaient généralement d'orienter le cours de la discussion sur d'autres points, jusqu'à constituer un tableau assez global des prises de positions, des pratiques, et de la situation des professionnels en France. Postérieurement aux entretiens, nous avons parfois repris contact avec les praticiens par courrier électronique ou téléphone pour confirmer certains propos ou certaines informations.

Ces entretiens constituent la matière première de ce travail. Si de nombreux documents attestent par ailleurs les propos de ces praticiens, nous avons privilégié ces derniers car ils confèrent un atout particulièrement vivant à l'analyse, quelque chose de moins formel et rationalisé : ils sont souvent sans détours. Nous avons ainsi rencontré les membres de quinze associations d'ostéopathes, occupant chaque fois des postes au sein de

²⁵ Sur la méthodologie de l'entretien, nous nous sommes notamment inspiré de l'ouvrage de Jean-Claude Kaufmann, *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 1996.

leurs conseils d'administration respectifs. Nous avons ensuite rencontré un membre de l'Académie nationale de médecine, co-auteur d'un rapport sur l'ostéopathie et la chiropraxie ; deux personnes de l'HAS travaillant sur la question des recommandations de bonne pratique demandée par le gouvernement en vue de la préparation des décrets d'application ; deux responsables d'une association de patients militants pour la défense de l'ostéopathie ; une docteur en neurosciences enseignant la méthodologie de recherche dans un collège ostéopathique et une chef de produits d'assurances, ayant créé une formule d'assurance « médecines alternatives » comprenant l'ostéopathie. Nous nous sommes également servi de deux entretiens réalisés, au cours de notre Master 1, avec un chiropraticien et un conseiller régional de l'Ordre des médecins. Si ces derniers entretiens n'occupent pas le devant de la scène dans ce travail, ils nous ont néanmoins été fort utiles pour nous guider dans notre recherche et éclairer certains de ses aspects. Au total, nous avons disposé de vingt-trois entretiens pour une durée d'enregistrement de plus de trente heures.

En commençant ce travail, nous souhaitions pouvoir compter sur des témoignages et des informations émanant d' « acteurs institutionnels », en particulier des conseillers ordinaires, des conseillers ministériels (Santé), des responsables de commissions gouvernementales sur l'ostéopathie ou des chargés de mission. L'objectif de départ était de proposer une analyse plus large des débats autour de la reconnaissance de l'ostéopathie, en comprenant l'ensemble des acteurs concernés. Toutes nos tentatives en ce sens ont échoué, et nous avons dû restreindre notre champ de recherche en nous intéressant plus précisément aux dynamiques à l'œuvre dans le monde des praticiens. Les services du ministère de la Santé ont été particulièrement hermétiques à toute communication – d'autant plus en période préélectorale et dans un contexte de préparation de décrets très controversés –, se cantonnant à des communiqués officiels et réservant leurs entretiens aux titulaires d'une carte de presse. Nous avons eu les plus grandes difficultés à entrer en contact avec le Conseil national de l'Ordre des médecins. La réponse à nos demandes réitérées par voie postale, électronique ou par téléphone nous a été communiquée quatre mois plus tard, pour une éventuelle entrevue qui n'a jamais eu lieu, après avoir écumé plusieurs de leurs services administratifs, peu disposés à l'organiser. Nous ont néanmoins été adressées les références d'un communiqué de l'Ordre d'une dizaine de lignes, paru quelques temps avant dans la presse. De même, nous n'avons pu entrer en relation avec un cabinet d'avocats travaillant à plein temps pour différentes organisations d'ostéopathes sur les questions juridiques liées à la reconnaissance

de l'ostéopathie. Les informations que nous avons obtenues par des acteurs « non praticiens » nous ont toutefois été utiles pour orienter notre recherche et apprécier la diversité des prises de position autour de l'ostéopathie ainsi que la « circulation » de différents éléments d'un milieu à l'autre.

Tout au long des étapes de cette recherche, l'ouvrage de William Foote White, *Street Corner Society*²⁶, nous a été utile en nous sensibilisant au repérage et au suivi des acteurs individuels et collectifs ainsi qu'aux maillages des réseaux et à leur évolution. Nous avons également été attentif aux principes de la méthodologie de recherche formalisée par Anselm Strauss sous le nom de *grounded theory*²⁷ (« théorie fondée »), qui prône une théorisation du social à partir des faits et, partant, une continuité entre le travail de terrain et le travail théorique par un va-et-vient constant entre les deux domaines.

²⁶ William Foote Whyte, *Street Corner Society. La structure sociale d'un quartier italo-américain*, Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 1996.

²⁷ Voir notamment Isabelle Baszanger, « Les chantiers d'un interactionniste américain », in : Strauss, *La trame...*, *op. cit.*

Partie I. De la découverte à la pratique : itinéraires de praticiens

1.1. Choisir l'ostéopathie

Choisir l'ostéopathie comme pratique thérapeutique n'est pas le fruit d'un hasard, il résulte d'une longue maturation, de recherches, de réflexions, de rencontres, d'expériences marquantes qui s'inscrivent au cœur d'une trajectoire professionnelle, et parfois personnelle. Nous étudierons ce choix comme l'expression d'un processus et d'un assemblage composites, dont nous nous efforcerons de reconstituer l'architecture. Nous ferons l'hypothèse que le choix de l'ostéopathie repose sur la confrontation de l'individu à un certain nombre d'éléments ou conditions qui, à un moment donné, revêtent une importance suffisamment grande pour qu'il décide de s'y consacrer. Nous décomposerons donc l'étude de ce choix en deux points distincts. Dans un premier temps, nous ferons apparaître, au travers des entretiens réalisés¹, les différents éléments qui tissent un intermédiaire, qui assurent la rencontre entre un individu et une pratique thérapeutique. Si les différents éléments que nous présentons sont particulièrement récurrents, ceux-ci interviennent selon des agencements particuliers pour les différentes personnes interrogées. Certains sont prédominants pour les uns, non pour d'autres. Quoiqu'il en soit, nous choisissons de les présenter selon un principe de « tri à plat », c'est-à-dire en les étudiant en tant que tels, sans les mettre en relation avec des individus, ni en les pondérant ou en les hiérarchisant en fonction de quelque degré d'importance². C'est le thème du point 1.1.1. Dans un deuxième temps (point 1.1.2.), nous étudierons ce choix, non plus en fonction des éléments objectifs que les personnes interrogées ont rencontrés sur leur chemin, mais du sens particulier qu'elles accordent à leur(s) découverte(s) ainsi qu'à leur décision de faire de l'ostéopathie leur exercice professionnel. L'angle de lecture adopté pour la compréhension du choix de l'ostéopathie peut être compris comme un parcours entre deux notions développées par les ethnométhodologues : celles d'*indexicalité* et de *réflexivité*³. La première indique une

¹ Nous présentons en fin de volume les différents praticiens que nous avons interrogés. Cf. annexe 2, p.V.

² Il serait à ce titre intéressant de mener une enquête quantitative afin de ventiler les différentes modalités que nous mettons en évidence à l'égard de différents groupes d'ostéopathes, définis en terme de génération ou d'antériorité professionnelle, afin de comprendre comme elles s'articulent à eux.

³ Voir par exemple M. de Fornel, A. Ogien, L. Quéré (dir.), *L'ethnométhodologie, une sociologie radicale*, Colloque de Cerisy, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2001.

compréhension des phénomènes ou des rapports d'interaction en relation avec le contexte auxquels ils sont attachés, constitué bien souvent de situations locales, que l'on peut chercher du côté de l'expérience vécue des personnes. La seconde insiste sur la capacité de chacun à interpréter les divers éléments colportés par l'expérience afin de leur construire un sens.

1.1.1. Des ponts vers la pratique

➤ *Des filiations professionnelles*

La filiation la plus immédiate que l'on peut relever réside bien entendu dans le contexte professionnel thérapeutique dans lequel se trouve immergés des praticiens déjà en exercice. Pour les médecins, cette **filiation** s'établit de manière prédominante **par les indications**. Elle apparaît dans certaines spécialités et compétences où il existe une proximité entre les types de pathologies traitées dans l'exercice initial et celles auxquelles s'adresse l'ostéopathie. Les principales sont la rhumatologie, la médecine du sport, la rééducation fonctionnelle.

*J'ai fait médecine du sport, puis médecine du sport en centre (...) **j'étais déjà un peu orienté là-dedans** (...) Comme j'avais appris, j'ai commencé à manipuler un peu mais c'était pas bon ce que je faisais et donc je suis allé me former (à l'ostéopathie).
Antoine Olivieri*

*Tous les médecins étaient déjà installés en médecine générale, en rhumato, en rééducation, en médecine du sport. **C'est des médecins qui étaient orientés en général vers les pathologies de l'appareil locomoteur**, et qui venaient se former en stages...
Pierre Cohen*

Il existe ensuite parmi les praticiens de santé un autre type de proximité, caractéristique des kinésithérapeutes, celle des techniques employées, de la gestuelle. On pourrait nommer ce type de proximité comme une **filiation par le toucher**, qui est perçue comme naturelle par les kinésithérapeutes. Elle l'est aussi, dans une moindre mesure, pour les médecins qui affirment, comme Pascal Gervex, avoir une certaine approche du toucher, ayant appris à « *palper des ventres, un foie, une rate.* »

*Et comme moi, **je suis un praticien de la main**... je suis un medicus, dans le sens ancien, medicus, c'était le traitement par la main [...] Un praticien de la main, il essaie de trouver des solutions adéquates avec ses mains...
Martial Ronan*

Ces deux types de filiation représentaient en quelque sorte les voies royales vers l'exercice de l'ostéopathie. La majorité des praticiens aujourd'hui en exercice en sont issus, même si l'accès à la pratique est maintenant fortement relayé par les formations initiales développées dans des établissements privés et qui ne demandent pas de pré requis médical ou paramédical. Nous développerons ces questions dans le point 1.2.

➤ *Parler avec ses pairs*

Pour les praticiens qui ont déjà un pied dans le monde thérapeutique, en exerçant préalablement la médecine, la kinésithérapie, ou d'autres disciplines paramédicales, la découverte de l'ostéopathie est fréquemment liée au dialogue avec les pairs. Il faut ici comprendre le mot « pair » au sens large du terme sans le restreindre au sens de « confrère » de la même discipline ou de la même spécialité. Maintenir cette acception entend insister sur le caractère pluriel des éléments constitutifs de la culture de soin, ainsi que sur l'importante perméabilité qui, dans des cas précis qu'il convient d'étudier, permet de déségréger le découpage du paysage médical en disciplines, sous disciplines et spécialités. L'un des aspects de cette étude consistera à montrer de quelle manière une culture de soin se construit parfois au carrefour de disciplines de nature différentes et sur la base d'éléments hétérogènes. Pierre Cohen, médecin généraliste de formation, découvre l'ostéopathie grâce à un collègue médecin :

*D'ailleurs je me souviens que ma toute première formation a été faite par le conseil d'un collègue, en discutant avec lui lors d'un cours d'homéopathie, **on s'est mis à parler d'ostéopathie, moi, je n'y connaissais rien** et il me dit « tu veux apprendre l'ostéopathie, tiens, voilà l'adresse d'un groupe de formation, c'est très bien, tu peux y aller ». J'ai écrit un petit mot, j'ai reçu la documentation, ça m'a intéressé et j'ai commencé à me former.*

Le collègue en question est un pair relativement proche puisqu'il s'agit d'une personne issue du même « segment professionnel », partageant une même identité professionnelle⁴. Le témoignage de Martial Ronan illustre la perméabilité, la circulation des savoirs et l'absence de cloisonnement qui existe dans le monde médical. Il insiste sur le fait que, s'il est vrai qu'il existe une continuité entre la kinésithérapie et l'ostéopathie qui l'amènera aisément à la pratiquer, il doit sa découverte à une autre classe de thérapeutes :

⁴ Au regard des éléments que nous avons donnés en introduction. Cf. également Strauss, *La trame...*, op. cit., p.274.

*J'en avais surtout entendu parler par les rebouteux, les magnétiseurs, qui m'avaient appris qu'il y avait des techniques particulières, de remettre une vertèbre... c'est là que s'est greffé le concept intellectuel de l'ostéopathie. **Moi j'avais découvert l'ostéopathie sur le terrain hein, par les rebouteux...et oui, tout à fait, la France d'en bas !***

On peut également relever la présence de personnes ressources, qui évoluent « parallèlement » aux pratiques officielles. Grâce à leur investissement et à un certain charisme, elles sont à l'origine de conversions ou reconversions thérapeutiques. Elles représentent en outre le développement de certaines orientations thérapeutiques. Par exemple :

*J'ai assisté à une conférence à Paris par un médecin... le type qui m'impressionne le plus en ostéopathie, un ancien chef de clinique et tout, qui fait de l'ostéopathie de manière exclusive et c'est quelqu'un de prodigieux d'une intelligence extrême, c'est **l'ostéopathe le plus impressionnant en France à mon avis (...)** Il a une dimension toute autre (...) C'est un type qui est remarquable, grand humaniste, un type formidable et **il nous avait montré l'ostéopathie viscérale**, il nous l'avait expliquée comme il faut et **on avait été tous séduits quoi... moi je m'étais mis à en faire après et à apprendre...** Gilles Oxley*

A partir de là, il est difficile de sous-estimer l'importance du rôle que joue l'univers professionnel dans la construction de l'exercice thérapeutique. Il représente un espace de convergences d'expériences et de circulation d'informations, un *espace ressource* dans lequel le praticien puise les éléments grâce auxquels il construit sa propre culture de soin. Nous voyons de quelle manière cet espace ressource déborde le simple cadre universitaire, celui de la formation, pour s'inscrire au plus profond de la pratique. Celle-ci implique des détours par d'autres milieux, d'autres savoirs, d'autres pratiques en même temps qu'elle se distancie du savoir académique, pour la médecine et la kinésithérapie, ou, d'une manière générale, du savoir acquis au cours de la formation⁵. Cette distanciation s'exprime comme une prise de conscience à l'encontre de ce qui est considéré comme une **absence d'information** d'une part, ou une **distance critique** affichée par le corps des enseignants, ceux qui transmettent le savoir, à l'égard de pratiques considérées comme dissidentes.

⁵ Il faut être prudent dans l'utilisation d'une distinction entre savoir académique et savoir « de terrain ». Dans bien des cas, elle n'a pas lieu d'être. Nous pouvons ici l'utiliser car, même si la plupart des formations s'efforcent d'articuler ces deux aspects, elles mettent en œuvre un savoir « académique », spécialisé, dans le sens où il n'épuise pas la réalité du terrain ni les assemblages composites de savoirs et de pratiques qu'il met en œuvre. Nous renvoyons sur ce point aux ouvrages d'Olivier Schmitz, *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris, Karthala, 2006, et également celui de Jean-Jacques Wunenburger, *Imaginaires et rationalités des médecines alternatives*, Paris, Les belles lettres, coll. « Médecine & Sciences humaines », 2006.

*Moi, je ne savais pas, **je ne connaissais pas ces disciplines**, il faut dire que dans les études de médecine classique, dans tout le cursus qu'on fait en médecine, soit pour faire médecine générale, soit pour faire d'autres spécialités, **on n'est absolument pas informés de ce qu'on appelle « médecines alternatives »**. Pierre Cohen*

*Comme tous les médecins ou presque (...) **on nous avait mis en garde devant ces choses, on avait un professeur qui parlait de gratouilleurs de crânes**, c'est pas totalement positif et alors quand vous êtes mis en garde par des gens importants, c'est sûr que vous êtes marqués hein, puis **jusqu'au jour où il y a des gens qui vont vous dire « moi j'ai été traité, j'étais bien, c'était bien, ça m'a apporté beaucoup »**. Gilles Oxley*

➤ *L'espace du cabinet : le rôle des patients*

L'autre dimension de cet espace ressource réside bien entendu dans l'espace du cabinet. Celui-ci représente l'endroit privilégié où s'accomplit la mise en pratique d'un savoir acquis, le lieu de la consécration des expériences, de la mise à l'épreuve des certitudes et des doutes. Voici la troisième dimension de la distanciation par rapport au savoir académique. C'est à travers ce double mouvement de mise en pratique/mise à l'épreuve que se mettent en place les possibilités du changement. C'est ce qu'illustrent ci-dessus les propos du Dr Gilles Oxley, et ce qu'exprime également Pierre Cohen d'une autre façon :

*Simplement parce que **pour des médecins de terrain, il y a quand même un côté pratique**, c'est ce que je vous disais au tout début, **c'est l'efficacité**, c'est l'expérience du patient qui compte si vous voulez, « ça me fait du bien », c'est que ça marche et c'est vrai que **les universitaires et les hospitaliers ont toujours plus besoin d'avoir un support théorique**, ce que représente la médecine officielle. Les américains ont une bonne formule, ils disent toujours « on sait pas comment ça marche, mais ça marche, donc on fait, on l'enseigne ».*

Le même praticien insiste aussi sur l'importance du témoignage des patients en tant que concrétisation d'une demande. Le patient joue ainsi un double rôle qui se traduit d'une part par la formulation d'une demande particulière⁶, qui a la capacité d'exercer une influence sur l'orientation thérapeutique du praticien lorsque celle-ci ne rentre pas dans ses cordes (exemple 1) ; d'autre part, celle de faire communiquer entre-elles plusieurs pratiques et/ou de mettre en relation des praticiens (exemple 2 et 3).

⁶ On reviendra dans la partie consacrée aux usages de la discipline sur les dimensions que peut revêtir cette demande. Nous ne faisons ici que souligner son existence et le rôle qu'elle joue sur les choix que le praticien effectue.

1) *Assez rapidement, on est amené à répondre à d'autres demandes des patients. C'est-à-dire que les patients, au travers de l'ostéopathie, viennent également chercher un autre type de prise en charge que celle qui est accordée par la médecine classique. A la fois peut-être par l'écoute plus attentive et plus longue, les consultations sont plus longues et aussi par l'approche plus orientée vers le rééquilibrage naturel du corps que l'intervention par les médicaments, des moyens chirurgicaux ou autre [...] J'ai commencé à me former à autre chose, parce que quand on a des patients qui viennent avec leur bébé, leur nourrisson, et qui disent « c'est un peu difficile, il faudrait peut être que vous le voyiez » moi je ne sais, je ne connais pas l'ostéopathie du nourrisson, ni l'ostéopathie crânienne, alors je me suis dit là, il faut quand même aller voir, il faut se former... Pierre Cohen*

2) *Le patient qui vient avec un mal de dos banal a priori, vous le soignez comme médecin généraliste avec des médicaments et puis vous le croisez une semaine après dans la rue et il vous dit « ah oui, oui, docteur ça va nettement mieux, vous savez, je suis allé voir le rebouteux à côté, il m'a fait des manœuvres et maintenant ça va très bien » Alors en tant que médecin, on se pose des questions, on lui a donné des médicaments mais au fond, c'est le rebouteux qui l'a guéri... Pierre Cohen*

3) *J'étais jeune diplômé et je faisais un remplacement important dans l'Allier, et je travaillais à côté d'un ostéopathe et moi, il ne fallait pas me parler d'ostéopathie, je disais « ces mecs, c'est des gourous, des charlatans... » enfin bon, il ne fallait surtout pas me parler d'ostéopathie. Je faisais ce remplacement consciencieusement et j'avais des patients sur lesquels je n'avais pas des résultats phénoménaux, et puis tout d'un coup, ils étaient mieux, ils me disaient « tiens, je suis allé voir... » je peux le dire, maintenant il est mort, c'est un type extraordinaire, Maurice Poyet, j'en ai vu comme ça 2,3,4... et puis un jour, j'ai pris mon téléphone et je l'ai appelé, il me rencontre gentiment et là, la révélation c'est faite : bon sang, mais c'est bien sûr ! Xavier Perrone*

➤ *L'expérience en tant que patient*

L'expérience en tant que patient constitue également un intermédiaire efficace, parfois capable d'expliquer à lui seul le choix de l'ostéopathie chez des non praticiens de santé. Il faut toutefois souligner que, si cette figure du choix ne manque pas dans le rang des ostéopathes de formation initiale⁷ et dans le témoignage des patients que les praticiens rapportent, elle semble se faire plus rare dans celui des médecins où nous ne relevons qu'un seul exemple. Voici ces témoignages :

Je suis judoka à l'origine, j'ai fait 35 ans de judo et 15 ans de compétition et tout le monde plus ou moins était traité par des manipulations. Gilles Oxley (médecin de formation)

⁷ Par ce qualificatif, nous désignons un professionnel formé de manière initiale à l'ostéopathie, sans antériorité en tant que professionnel de santé. Plus tard dans le cours du développement, nous parlerons d' « ostéopathe exclusif », lorsque nous aurons abordé les dimensions que recouvre cette terminologie.

J'y suis allé, parce qu'en tant que sportif, je me suis fait traité à l'époque sur Lyon entre les mains de quelqu'un qui m'a... séduit par les bienfaits surtout. Je me suis dit « tiens, c'est sympa, en plus ça marche, ça fait du bien », voilà, un nouvel horizon... Olivier Serrail (ostéopathe de formation initiale)

J'ai découvert l'ostéopathie donc à la suite de... de problèmes effectivement de... qui m'ont amené à consulter un ostéopathe et en voyant ce qui était proposé dans cette approche là et par rapport à ce que moi je... j'avais pu avoir comme parcours avant, je me suis à un moment posé la question « tiens mais c'est très intéressant et ça correspond à quelque chose que j'aimerais pouvoir faire », à partir de là, je me suis renseigné pour savoir comment le faire. Francis Rougon-Macquart (ostéopathe de formation initiale)

J'ai un parcours qui est assez atypique parce que j'ai fait math sup/math spé et une année de physique... et puis j'ai fait les championnats de France d'athlétisme, je me suis blessé, je me suis fais une sciatique, je suis allé voir mon médecin du club, qui m'a fait des piqûres sans résultats... et puis le CTR (conseiller technique régional) du club, du GUC m'a conseillé d'aller voir un chiropraticien. Et donc je suis allé voir un chiropraticien qui, en deux, trois séances m'a remis sur pied et je me suis dit « ça, c'est une discipline intéressante ». Gérard Lambrot (chiropraticien de formation initiale).

1.1.2. De la découverte au choix : La construction du sens

✓ Rechercher l'efficacité : améliorer ses résultats thérapeutiques

Dans notre corpus d'entretiens, la référence à l'efficacité ressort de manière prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de recourir à la mesure statistique. Il faut toutefois spécifier l'acception qui est faite de ce terme, il semble en effet possible que l'on puisse la décliner selon deux aspects, qui expliquent la distinction de cette sous-partie de la suivante. Il faut considérer d'une part l'efficacité qui a trait au **résultat thérapeutique**, d'autre part celle qui consiste à **répondre à la demande du patient**. La notion d'efficacité ne peut en effet être comprise que par rapport aux objectifs assignés. Ce qui nous intéresse ici, c'est de souligner l'importance que la recherche de l'efficacité revêt dans le choix de l'ostéopathie. Il est important de mettre en relation les différentes modalités qui suivent avec celles que nous avons soulevées plus haut.

La recherche de l'efficacité prend tout d'abord l'aspect de la prise de conscience de l'efficacité thérapeutique que la pratique de l'ostéopathie représente. Nous pouvons voir dans les exemples cités plus haut que cette prise de conscience peut être variablement basée sur 1) le **témoignage de patients**, 2) le **témoignage des pairs**, ou encore 3) **l'expérience**

personnelle des bénéfiques thérapeutiques. Nous laissons le lecteur parcourir une nouvelle fois ces exemples à la lumière de ces nouveaux aspects. On peut ajouter que cette prise de conscience⁸ se traduit par une démarche active ou, tout au moins, par une forme de questionnement permanent qui amène le praticien à accorder une attention particulière aux pratiques périphériques à son propre exercice, aux approches et techniques susceptibles d'améliorer ses prestations. Elle se traduit en outre par une insatisfaction à l'égard des résultats obtenus par rapport à ceux escomptés. Les parcours de ces trois praticiens sont assez significatifs de cette recherche :

*J'ai fait médecine, j'ai fait ensuite médecine du sport, j'ai passé un CES, un certificat spécialisé en médecine du sport, ensuite j'ai commencé à faire de la rééducation fonctionnelle, j'ai travaillé comme interne dans un service de rééducation fonctionnelle et je trouvais qu'on avait... alors là **au niveau diagnostic, on était très très bons, mais on avait beaucoup de difficultés à traiter les gens... sur certaines pathologies [...]** (L'ostéopathie) c'était pas tellement courant non, donc j'ai traîné beaucoup, j'ai commencé par faire d'abord CES de médecine du sport, traumatologie, ensuite un CES de rééducation et... j'ai arrêté le CES de rééducation parce que ça ne me satisfaisait pas et c'est là que j'ai commencé à chercher, alors j'ai traîné un peu partout dans des formations jusqu'à ce que je découvre Bobigny qui enseignait des éléments fondamentaux d'ostéopathie structurelle. Antoine Olivieri*

*Je me posais des questions, j'avais plein de patients qui n'étaient pas forcément améliorés, qui galéraient beaucoup chez le médecin, chez le kiné... et puis j'avais rencontré des gens qui travaillaient un peu différemment, j'avais entendu et lu des choses et voilà, **je me suis dit « tiens, pourquoi pas, je vais aller voir ce que c'est, comment c'est enseigné, qu'est-ce que ça peut amener »** et puis en fait, comme ça j'y suis venu et j'y suis resté, **j'y ai souscrit intégralement**. Patrick Vian*

*Quand vous faites de la kiné sportive, respiratoire, traumatique qui nécessite de faire du muscle, une grande amplitude articulaire, là, ça va, **le métier de kiné est un métier nécessaire à la médecine mais quand vous commencez à toucher à la neurologie, à la rhumatologie, à la pédiatrie, que vous touchez à d'autres fonctions, là la kiné elle s'essouffle un peu, elle n'a plus véritablement d'efficacité**. Xavier Perrone*

⁸ L'expression « prise de conscience » peut être ambiguë. Elle ne doit pas être comprise comme le dévoilement d'une réalité particulière dont il suffit de découvrir l'existence « objective » ou « naturelle », à laquelle il suffit d'« accéder ». Préférons-lui un point de vue constructiviste qui fait de cette « découverte », conformément à ce que nous avons indiqué plus haut, la construction d'un intérêt fondé sur la médiation des éléments mis en évidence.

✓ *Rechercher l'efficacité : répondre à la demande du patient*

On peut se douter que la demande du patient n'est pas sans reliefs et sans une certaine labilité dans ses contours. Dans les exemples donnés plus haut, on peut d'ores et déjà relever qu'elle a à voir avec un type de prise en charge particulier. La distinction que nous venons d'introduire suppose un décalage, ou tout au moins une adaptation, entre les objectifs que chacun des protagonistes de la relation qui se noue entre le praticien et son patient poursuit. Elle fait écho à celle que Freidson établit entre le « rôle et l'attente de rôle », qui s'établit entre un médecin et son patient⁹. Elle permet également de mettre en relief le fait que ce décalage apparaît moins présent autour de la question de l'efficacité thérapeutique – où patients et praticiens tendent à se retrouver, même s'il convient de travailler plus en détail cette question qui n'est pas sans reliefs – qu'autour de la demande du patient. Cette dernière est protéiforme par excellence, le praticien peut variablement la décliner selon un ensemble de critères qui lui sont propres, l'efficacité thérapeutique en est un exemple mais n'est pas le seul. L'élément que nous souhaitons mettre en évidence ici a moins à voir avec l'objectivité d'un résultat qu'avec le sens que l'on accorde à ce résultat. Parmi les points soulevés plus haut, il nous semble que l'expérience du cabinet et la confrontation aux demandes des patients, puis l'expérience en tant que patient, sont des éléments à prendre en compte pour expliquer la proximité qu'il peut y avoir entre les attentes respectives, en terme de traduction réciproque. Ces éléments revêtent également un certain nombre de caractéristiques sur lesquelles nous reviendrons.

✓ *Le goût du manuel*

Dans une discipline telle que l'ostéopathie, on ne sera pas tellement surpris d'apprendre que le goût du manuel représente un élément à prendre en compte dans le choix de l'ostéopathie. Dans les entretiens, cet aspect du choix reste cependant minoritaire.

Et puis par goût du manuel, je bricole pas mal et puis le judo aussi, c'était un contact quand même... qui est négatif pour l'adversaire en théorie mais malgré tout il y a un contact, un goût du contact. Gilles Oxley

Ce qu'il est intéressant de relever dans cet exemple, c'est la présence de cette conjonction « et puis » qui introduit l'intérêt de la dimension manuelle en faisant lien avec

⁹ Cf. Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

les autres éléments. Elle illustre l'existence de la combinatoire que nous avons mentionnée plus haut, la manière dont le goût du manuel s'inscrit et prend place dans un ensemble plus large¹⁰. Dans le langage, elle peut également signifier une hiérarchisation de ces éléments, en distinguant les plus importants. L'exemple donné ci-dessus introduit un lien non impromptu, mais qui peut prêter à sourire, entre l'ostéopathie et le bricolage, puis une pratique sportive à dimension « agonistique ». Plus haut, nous avons relevé ce que le goût du manuel devait, pour les kinésithérapeutes, à leur pratique professionnelle. L'exemple suivant pointe à nouveau la filiation par le toucher précédemment mentionnée, et insiste sur le contexte où celle-ci s'inscrit. On rejoint l'idée d'assemblage composite que nous avons développée plus haut :

On arrive à certaines... frontières, comme je disais, où on est limite, on est obligés un peu de prendre en charge un peu plus le patient parce que... on lui pose plus de questions... Mais pour moi, c'était l'amour du traitement par la main et puis de trouver des solutions au patient, j'ai pas tellement cherché à savoir... c'était une continuité, une filiation si tu veux pour nous. Martial Ronan

✓ *Choisir ses patients*

Cette dernière figure est moins présente, nous ne l'avons rencontrée qu'à une seule reprise. Elle est néanmoins intéressante car elle représente en quelque sorte la convergence, du côté du praticien comme de celui du patient, d'une manière commune de concevoir la santé et sa prise en charge. Voici les propos d'Alexandre Pérez, ancien kinésithérapeute reconverti à l'ostéopathie :

Q : Pourquoi avez-vous choisi de changer de voie comme ça ? *Parce que je trouve que dans l'ostéopathie, il y a un engagement de la personne, c'est plus le même...
Q : Du patient ou du praticien ?* *Du patient. Le patient qui vient, il vient pour lui, c'est une démarche qu'il fait, il nous fait confiance, il vient pour un symptôme, il a toute une... je dirais une prise en charge de lui-même, de sa santé alors que quand j'étais en kiné, j'en avais assez de voir des gens qui vivaient dans un assistanat, même à travers ce qu'on pouvait leur apporter en kiné... pas de prise de conscience, pas de travail ni de diététique, ni de conscience d'autres facteurs qui pouvaient être de travail, de pollution, de choses comme ça...*

Cet exemple remise ainsi sur un mode original l'idée d'inadéquation entre rôle et attente de rôle que nous avons évoqué plus haut. Nous avons vu dans les exemples

¹⁰ Nous rejoindrons ainsi (partie 1.2.) l'idée d'un modèle séquentiel, développé par Howard Becker dans *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 (1963).

précédents que la tension qui pouvait exister entre ces deux termes pouvait être résolue lorsque le praticien prenait en compte la demande du patient en changeant de mode thérapeutique. Dans celui-ci, le praticien change de discipline afin d'obtenir des demandes de patients conformes à ses propres aspirations, en connaissant les caractéristiques sociologiques des patients qui se tournent vers l'ostéopathie.

Parmi les éléments qui entrent en ligne de compte dans le choix de l'ostéopathie, nous avons été relativement surpris que l'intérêt d'une thérapeutique non médicamenteuse n'ait pas été soulevé, alors qu'il était récurrent dans les entretiens que nous avons conduits dans le cadre de notre Master 1. Cet élément intervient sous d'autres aspects, jamais comme raison du choix. Le type de question ouverte auquel nous avons soumis les interrogés (*Pourquoi avez-vous choisi l'ostéopathie ? Qu'est-ce qui vous a amené à choisir... ?*) aurait pu laisser prévoir son apparition si cet élément avait paru important aux yeux des praticiens. La distinction thérapeutique médicamenteuse/non médicamenteuse ne semble donc pas être centrale. Dans une certaine mesure, elle est amenuisée par leur mise en équivalence du point de vue des risques potentiels qui existent pour l'une comme pour l'autre. Comme nous l'expliquait Patrick Vian, l'intérêt d'une technique est avant tout mesuré dans le rapport bénéfice/risque qu'elle peut comporter. La spécificité de l'acte thérapeutique ne ressort donc pas de manière prépondérante, outre sur les aspects de filiation professionnelle et d'intérêt pour la dimension manuelle qu'elle représente, au profit de la question de l'efficacité thérapeutique. C'est par ailleurs cette dernière qui caractérise le rapport entre thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse : la dimension manuelle permet, dans la limite de indications définies, de résoudre un problème à sa source là où le médicament n'intervient qu'en tant que palliatif (anti-inflammatoires, etc.).

1.2. Se former à l'ostéopathie : des parcours hétérogènes

Les éléments mis en relief dans la partie précédente permettent de comprendre comment se construit l'intermédiaire entre des individus et la pratique de l'ostéopathie. Ils permettent en outre d'expliquer comment des itinéraires professionnels sont reconfigurés par la venue d'éléments nouveaux, qui amorcent des changements de perspective dans la manière dont le praticien construit son exercice thérapeutique et le sens qu'il lui attribue.

Après avoir étudié les conditions qui influent sur les trajectoires professionnelles, il s'agit maintenant de comprendre ce que devient l'ostéopathie entre les mains de ces praticiens. Qu'en font-ils et qu'est-ce que l'ostéopathie produit chez eux en retour ? Voici les questions qui guideront notre réflexion et auxquelles nous tâcherons de répondre. Elles introduisent la question des usages de l'ostéopathie et la manière dont les praticiens pensent son intégration dans le système de soin. On ne peut aller trop vite, il nous faut procéder par étapes. Sur la route des usages, l'enseignement de l'ostéopathie occupe une place certaine qu'il s'agit de questionner. Dans cette partie, nous chercherons à comprendre le rôle de l'enseignement sur les usages de l'ostéopathie.

1.2.1. Quelques préalables

Comment comprendre cette question de l'enseignement ? Peut-on lui attribuer la responsabilité des usages que les ostéopathes font de leur discipline ? Si l'on s'en tient à une lecture bourdieusienne et dispositionnelle, l'enseignement représente une « structure objective » ayant la capacité d'inculquer à l'individu « *un système de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente des fins et la maîtrise expresse des opérations nécessaires pour les atteindre*¹¹ ». La confrontation de cette lecture à notre propre corpus nous amène à la nuancer. Nous verrons que nous ne pourrions pas conserver cette perspective qui fait de l'individu un être (un « agent ») à la fois déterminé et inconscient de l'être, et de la pensée comme de l'action une somatisation de structures objectives.

Nous défendons ici l'idée d'un modèle séquentiel de l'action, développé par Howard Becker dans son ouvrage *Outsiders*¹². Ce modèle propose une théorie de l'action qui met l'accent sur le caractère évolutif du développement comportemental. Il comporte une dimension critique, mettant en avant les insuffisances des études classiques sur la déviance. Celles-ci s'attachent en général à montrer qu'un comportement déviant résulte de la combinaison d'un ensemble de facteurs qui agissent de concert. Contre cette perspective qu'il nomme « synchronique » et qui consiste à rechercher des causes « objectives » du

¹¹ Cf. Pierre Bourdieu, *Le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980, pp.88-89.

¹² Cf. Howard Becker, *Outsiders*, *op. Cit.*

« mal », il met en avant le fait que, si ces éléments sont bien présents, ils n'agissent pas simultanément mais selon une séquence bien ordonnée comportant différentes phases. Chaque phase, conduisant à un type de comportement, requiert l'intervention d'un facteur particulier, qui peut par ailleurs avoir une importance négligeable dans une autre. Ce qu'il souligne ainsi et ce qui fait la force de son raisonnement par rapport à un modèle qui se veut « étiologique », c'est le rejet d'une l'idée d'action « mécanique » (inélucltable) du facteur explicatif, et le fait que celui-ci nécessite, pour être efficient, un investissement de la part de l'individu, une nécessaire appropriation, et les conditions à cette appropriation. Ce modèle s'appuie sur la notion de *carrière* qui « englobe l'idée d'évènements et de circonstances affectant la carrière. Cette notion désigne les facteurs dont dépend la mobilité d'une position à une autre, c'est-à-dire aussi bien les faits objectifs relevant de la structure sociale que les changements dans les perspectives, les motivations et les désirs des individus¹³ ».

Cette seconde lecture, en comparaison à la première, permet d'ouvrir un espace de variation chronologique entre ce que le comportement – ou les usages – doit aux structures objectives et ce qu'il doit à la réflexivité de la personne, c'est-à-dire sa capacité à intervenir de manière consciente sur le cours de l'action. A la lumière de ces approches, nous verrons que l'une des dimensions de l'enseignement, selon son mode d'enseignement, le programme adopté et la manière dont elle s'articule à d'autres pratiques, est d'orienter le praticien vers des profils d'exercice particulier. Il lui permet d'acquérir les éléments relatifs à une certaine culture de soin. Nous verrons dans la troisième partie que la production des modalités de l'enseignement reflète par ailleurs la place que l'on souhaite accorder à la discipline.

Nous verrons cependant que l'enseignement à lui seul ne constitue pas un facteur explicatif suffisant. Il n'est rien sans l'expérience pratique qui permet à l'individu de le mettre à l'épreuve, de s'en saisir, de le dépasser. Celle-ci autorise une prise à parti consciente et réflexive de ces « structures objectives ». Elles sont ainsi reprises et validées, critiquées et modifiées au gré de rapports d'interaction multiples. Ce qu'il faut souligner, c'est le caractère incertain de la reproduction des dispositions acquises au cours de l'enseignement, de leur pérennité ou de leur stabilité. Il faut insister également sur la dimension consciente de l'appropriation des éléments qui orientent, ou déterminent, l'individu. Celui-ci développe des perspectives sur lui-même et le monde qui l'entoure. Cet aspect fera l'objet de notre

¹³ *Ibid.*, pp.47.

troisième partie sur la dimension politique de la structuration des cultures ostéopathiques. Les structures déterminantes détiennent de ce point de vue une portée normative, potentiellement orientée vers le changement, ce qui permettra de relativiser l'emprise de l'individu à des dispositions inconscientes¹⁴.

Ces perspectives nous amènent à aborder la question de la formation sous ces deux aspects principaux : d'une part la formation en tant que structure dûment investie et façonnée par différents acteurs (partie 3.1.1. et 3.2.1.) ; d'autre part telle qu'elle est vécue par les acteurs afin de comprendre, ensuite, le rôle de ses caractéristiques sur les usages des praticiens.

Commençons par étudier les modes d'enseignement. A partir de la documentation consultée et des témoignages des praticiens, nous avons pu discerner quatre modes de formation distincts : la formation initiale ; la formation en alternance, sous forme de stage ; la formation en « compagnonnage » et, enfin, le Diplôme inter-universitaire de Médecine Manuelle – Ostéopathie (DIU). Les parcours individuels de formation s'organisent variablement, parfois en cumulant plusieurs modes, selon l'intérêt du praticien, son usage, les caractéristiques de l'enseignement proposé.

1.2.2. La formation initiale

La majorité des praticiens en exercice aujourd'hui en France ont un premier cursus de médecin ou de kinésithérapeute. Nous l'avons vu dans la première partie, ce n'est qu'après plusieurs années de pratique qu'ils se tournent vers l'ostéopathie et entreprennent une formation dans ce domaine. Cette situation tend aujourd'hui à évoluer et à être contrebalancée par le développement de collèges ou d'écoles d'enseignement privé, qui dispensent des formations à plein temps – dites « *full time* » – qui permettent de former des praticiens dès la sortie du baccalauréat, sans cursus préalable dans le domaine de la santé. Bien entendu, elles intègrent également des praticiens de santé, médecins ou kinésithérapeutes, mais ces derniers préfèrent généralement les formations en alternance, ce qui leur permet de se former à l'ostéopathie tout en continuant à exercer. Nous parlerons de « formation initiale » pour caractériser le type d'enseignement dispensé dans ces

¹⁴ Entre une lecture fortement déterministe et une autre radicalement indéterministe développée en réaction à la première (voir Anselm Strauss, *La trame*, *op. cit.*), nous adopterons une position médiane.

établissements, et de « praticiens issus de la formation initiale » pour désigner leur absence d'antériorité dans le domaine de la santé.

Les premières écoles voient le jour en France au début des années 1980. Elles sont issues de l'importation du modèle d'enseignement anglais qui propose une formation complète, fournissant à son destinataire toutes les connaissances théoriques et pratiques considérées comme nécessaires pour un exercice en cabinet satisfaisant. Le modèle anglais est lui-même inspiré du mode d'enseignement américain, à la différence que le premier a un statut d'autonomie par rapport à la médecine¹⁵ alors que le second est établi sur un principe d'équivalence des diplômes entre le diplôme d'ostéopathie (DO) et le diplôme de médecine (MD). D'une quinzaine à la fin des années 1990, le nombre d'établissements est estimé aujourd'hui à plus de soixante-dix. L'article 75 de la loi du 4 mars 2002, laissant augurer une reconnaissance du titre d'ostéopathe et de chiropracteur pour les non médecins, a provoqué un développement exponentiel de l'enseignement, en l'absence de toute réglementation que doivent établir les décrets d'application forts attendus... depuis cinq ans.

Même s'il y a des variations certaines entre les programmes d'enseignement, on peut tout de même relever l'importance de la place accordée aux matières proprement médicales et scientifiques. Les étudiants, pour pratiquer l'ostéopathie, sont censés connaître parfaitement ces matières. A titre d'illustration, nous présentons le programme d'étude global de l'une de ces écoles (cf. page suivante).

Pour reprendre une distinction que nous avons établie dans notre mémoire de Master 1, l'enseignement proposé se présente sous la forme d'un modèle « savant », en opposition avec un modèle « traditionnel » ou « populaire », caractérisant des pratiques thérapeutiques telles que le magnétisme ou le chamanisme. L'une des caractéristiques de ce modèle réside

¹⁵ « **Toute personne ne se déclarant pas comme étant un médecin enregistré selon les termes de la Loi Médicale de 1983, est autorisée à offrir des conseils ainsi que des traitements pour un certain nombre de maladies à l'exception d'une liste de maladies spécifiques qui figure dans la loi (cancer, diabète, épilepsie, glaucome, tuberculose). Le droit de pratiquer émanant de ce droit coutumier prend sa source dans le droit fondamental de la liberté que tout individu détient quant à la forme de soins sanitaires qu'il désire recevoir (...)** Les praticiens des médecines non conventionnelles sont civilement et pénalement responsables de leurs actes notamment si ceux-ci présentent des conséquences pour la sécurité et l'intégrité de leurs patients. » Cf. Haute Autorité en Santé, *Etude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe : Belgique, Royaume-Uni, Suède, Suisse*, 16 juin 2006. Sur le statut de l'ostéopathie dans d'autres pays européens, voir également Isabelle Robard, « Primo Congresso europeo di osteopatia », in : *Aesculape Santé et société*, n°16, janvier-février 1999.

dans sa capacité à articuler et à faire tenir dans un même cadre un corpus de connaissances rationalisé et un ensemble de techniques thérapeutiques. La mise en œuvre des secondes étant conditionnée par la mobilisation des premières. Ce qui caractérise plus particulièrement l'enseignement de l'ostéopathie, cela vaut pour les autres types de formation, c'est d'articuler des techniques proprement spécifiques à l'ostéopathie avec un corpus de connaissances médicales et scientifiques. Ainsi, ostéopathie et médecine partagent une même base théorique, avec des modes opératoires différents et, surtout, un système de compréhension spécifique. La partie suivante, consacrée aux usages, s'attachera à détailler la manière dont les praticiens construisent l'articulation entre ces dimensions.

Programme

- Les sciences de la vie
- Biologie
- Biologie cellulaire
- Histologie générale et des appareils
- Biochimie - Biophysique
- Biochimie
- Embryologie et organogenèse
- Anatomie - Physiologie
- Anatomie générale
- Anatomie neurologique
- Anatomie palpatoire
- Système locomoteur (membres, rachis et tronc) (articulaire et neuromusculaire)
- Système viscéral (digestif, uro-génital et cardio-pulmonaire)
- Système crânio-facial
- Sémiologie et pathologie
- Sémiologie générale
- Sémiologie et pathologie neurologique
- Système locomoteur (sémiologie et pathologie rhumatologiques, traumatologie)
- Système viscéral (digestif, uro-génital et cardio-pulmonaire)
- Système crânio-facial
- Analyses biologiques
- Radiologie
- Biomécanique générale
- La mécanique et la biomécanique
- Physique appliquée
- Biomécanique de l'appareil locomoteur
- Biomécanique appliquée à l'ostéopathie (systèmes locomoteur, viscéral et crânio-facial)
- La méthodologie de la recherche
- Statistiques, Bases de données, Informatique
- Anglais
- L'apprentissage de la main

Quelles perspectives ce type de formation offre t-elle aux praticiens quant à leur manière de se représenter et de penser leur pratique ? Ce qui frappe lorsque l'on interroge les praticiens issus de ces établissements, c'est leur capacité à présenter l'ostéopathie comme un domaine à part entière, autonome, malgré la diversité des éléments et des reliefs qui le composent. Présenter l'ostéopathie ainsi n'est pas une spécificité qui leur est propre, elle vaut également pour des praticiens issus d'autres cursus, mais cela semble supposer davantage de médiations, nous le verrons, et n'est en rien automatique. Les praticiens issus de ce type de cursus se montrent généralement réticents à concevoir leur pratique comme multiforme, ou fractionnée en différents « courants » que l'on peut supposer exister lorsqu'on effectue des recherches sur la question. Quand on procède à un examen de la bibliographie, l'ostéopathie n'apparaît pourtant quasiment jamais seule, fréquemment succédée d'un adjectif la caractérisant. On parle d'ostéopathie « musculosquelettique », « viscérale », « fluïdique », « énergétique », « structurelle », « crânienne », etc. Comment interpréter ces découpages ? Si l'on poursuit l'analyse, on peut relever trois explications. La première correspond à des développements historiques de modes d'approches que l'on peut rattacher à des grands noms de l'ostéopathie : Sutherland, Mitchell, Thure-Brandt, etc. Les deux suivantes illustrent un investissement du champ de l'ostéopathie par des acteurs aux attentes très diverses. Tout d'abord, ces découpages consistent le plus fréquemment à attribuer une identité à certains aspects qui se rangent sous le nom d' « ostéopathie » et d'en faire ainsi un domaine marginal, que l'on souhaite mettre à l'écart d'une ostéopathie considérée, elle, comme « vraie », comme « véritable ». Ensuite, dans une moindre mesure, ils peuvent servir à faire valoir la spécificité et l'intérêt d'une approche particulière. Même au travers des ces découpages qui permettent aux praticiens de se positionner, on pourra retenir un attachement fort au caractère pluriel de l'ostéopathie, qui intègre plus qu'il ne rejette. Si certaines écoles développent certaines approches plutôt que d'autres, elles ont pour le moins la particularité de conserver un enseignement orienté vers cette pluralité, comme en témoigne Olivier Serrail :

Pour nous ces clivages n'existent pas (...)** Un ostéopathe, c'est quelqu'un qui a eu un enseignement structurel, musculosquelettique, viscéral, crânien, néo facial, etc. tout ce que vous voulez... **Un ostéo aujourd'hui, il a vu la palette entière, après, qu'il ait des affinités dans sa pratique, c'est autre chose.

L'exercice et la pratique

Avant de poursuivre, nous souhaitons proposer un modèle de compréhension permettant d'appréhender la complexité des montages entre les disciplines auxquels nous allons maintenant être confrontés. Pour chaque discipline, nous pouvons isoler, comme nous l'avons fait, d'un côté un **système de connaissances**, de l'autre des **techniques thérapeutiques**. L'un et l'autre aspect de la pratique se répondent mutuellement et sont interdépendants. Cependant, souligner l'existence de ces deux dimensions ne suffit pas à comprendre leur articulation. Il manque un troisième élément que nous nommerons **système de compréhension**, plus global, qui déborde le simple cadre des connaissances et des techniques. Il conditionne la nature de leur mise en œuvre. Ce système de compréhension global est ce que nomment les praticiens, à propos de l'ostéopathie, « *philosophie de l'ostéopathie* » ou « *ésotérisme* », selon leur degré de sympathie envers la discipline. Bien que ce système de compréhension soit présent dans chaque discipline et conditionne l'intervention du praticien, il est davantage mis en avant et pointé du doigt à propos de l'ostéopathie que la médecine allopathique. On peut le comprendre comme une « vision du monde » au sens de Karl Mannheim, comprenant de manière propre un modèle de recherche de la causalité, de compréhension du corps humain, et de mode d'intervention sur celui-ci. Le témoignage de ce praticien illustre l'existence d'un tel système de compréhension :

[Comme en médecine] *on apprend la sémio, la patho (...) L'ostéopathie, c'est pas des « techniques », et c'est pas parce que vous utilisez telle ou telle technique que vous êtes ostéopathe et que si vous utilisez telle autre technique, vous n'allez plus l'être, l'ostéopathie, c'est pas une technique... c'est une compréhension du système, c'est une façon d'analyser les patients...* Francis Rougon-Macquart

A partir de ces trois dimensions caractérisant chaque discipline, nous introduirons une distinction entre « exercice » et « pratique » thérapeutiques. Nous parlerons de **pratique thérapeutique**, pour caractériser l'acte – ou un ensemble d'actes – dispensé au cours d'une consultation. Ceux-ci ont une dimension purement opératoire et reposent sur une base de connaissances spécifiques que nécessite leur mise en œuvre. **L'exercice thérapeutique**, quant à lui, consiste en un ensemble agrégé de pratiques spécifiques, combinées et articulées par un système de compréhension global que nous aborderons dans la partie suivante. Dans ce schéma, nous accordons à la pratique thérapeutique la capacité de circuler entre des systèmes de compréhension différents, et d'être combinée à d'autres pratiques, quelle qu'en soit la nature. Ce schéma de compréhension offre ainsi la possibilité au praticien de réaliser

des montages entre des pratiques hétérogènes, qui prendront place au sein d'un même système de compréhension. Ce schéma n'est par ailleurs pas exclusif d'une possibilité de cohabitation, chez le même praticien, de plusieurs exercices thérapeutiques. Il s'agit le plus souvent de deux, comme c'est par exemple le cas pour des praticiens qui ont un double exercice de kinésithérapeute et d'ostéopathe. Pour mieux marquer la distinction, certains exercent chacune des disciplines dans des cabinets séparés.

Nous ne traitons pas, dans cette partie, de l'étude de ces systèmes de compréhension. Nous pouvons toutefois observer une relative homogénéité, au sein de chacun des modes de formation, des systèmes de compréhension transmis en même temps que les connaissances théoriques et les techniques thérapeutiques. Nous pourrions en outre établir des relations entre modes de formation et système de compréhension.

1.2.3. La formation en alternance

Du point de vue du programme, la formation en alternance ne se distingue pas vraiment des formations à temps plein. Elle représente un enseignement « complet », dans le sens où elle intègre une diversité de techniques et d'approches réunies dans un même ensemble. Elles ont généralement lieu sur plusieurs années avec une périodicité variable, à raison d'une semaine toutes les six semaines ou de six semaines par an selon les formules. Ces formations en alternance débouchent généralement sur le même type de diplôme que les premières : le diplôme d'ostéopathie (D.O.) qui, s'il n'est pas reconnu officiellement, a tout au moins la particularité d'avoir un caractère transversal entre différentes structures d'enseignement¹⁶.

« J'ai fait à ce moment là les semaines, c'était une semaine toute les 6 semaines, on avait une semaine pleine, on pouvait travailler nuit et jour, c'est très intéressant, c'était très intense, je pense que c'était un bon enseignement » Alexandre Pérez

La principale différence entre ce type de formation en alternance et les premières réside dans le fait qu'elles s'adressent à des professionnels de santé déjà en exercice, ou qui, du moins, ont suivi un cursus complet dans une autre discipline. Ce sont généralement des kinésithérapeutes ou des médecins, mais on trouve également des sages-femmes, des

¹⁶ Cette particularité recoupe les observations effectuées par Anne-Cécile Hoyez sur l'organisation de la formation des professeurs de Yoga en France, à partir d'une structuration de type fédéral. Voir Anne-Cécile Hoyez, « Santé et spiritualité indienne en France. L'introduction du yoga dans les itinéraires thérapeutiques », in : *Les médecines en parallèles, op. cit.*, pp.198.

psychomotriciens, des ergothérapeutes, etc. Elles font ainsi l'économie des secteurs de connaissances qui sont déjà en leur possession. D'un point de vue chronologique, ces formations en alternance ont préfiguré les formations à temps plein, qui ont par la suite pris le relais en augmentant le volume de la formation pour permettre l'accès à des non professionnels. Le fait que les formations en alternance s'adressent à des professionnels de santé nous semble intéressante car, en ayant cette exigence en terme de pré requis, elles prennent acte des connaissances acquises au cours d'une formation antérieure. Qu'est-ce à dire ? On pourrait voir là une forme de continuité entre les pratiques, dont il faudra établir les modalités. Ce que l'on peut retenir pour le moment, c'est l'**absence de rupture** fondamentale entre les disciplines (ostéopathie et médecine, kinésithérapie, etc.) du point de vue de la connaissance engagée. Cette absence de rupture est sans doute beaucoup plus saillante que dans les formations à plein temps dans la mesure où il est établi une continuité entre deux types de formation qui n'ont a priori pas la même finalité.

*La formation complète prenait entre trois et quatre ans. C'était assez intensif parce qu'on travaillait matin, midi, soir, après le repas aussi. **On ne revenait absolument pas sur la médecine, l'anatomie, le diagnostic qu'on était supposé connaître.** C'était une formation essentiellement pratique et très peu théorique puisque la théorie, on la faisait dans les bouquins, **on nous disait « vous êtes médecins, vous avez fait l'anatomie, revoyez l'anatomie »** pareil pour la physiologie, la pathologie... Donc on nous faisait des rappels « **flashes** » mais sans reprendre des cours complets. Pierre Cohen*

Contrairement à la formation à temps plein, l'originalité de l'alternance est de permettre tout au long de la formation une cohabitation entre des disciplines a priori pensées comme distinctes. En dehors des périodes de stages, les praticiens médecins ou kinésithérapeutes poursuivent leur exercice habituel, ce qui leur permet de mettre en œuvre les savoir-faire acquis au cours de la formation et de progresser dans la pratique de l'ostéopathie.

*Oh ben je pratiquais déjà pendant mes études puisque j'étais déjà médecin, **j'avais des patients sous la main** entre guillemets. Pascal Gervex*

*Et c'est une formation essentiellement pratique. Et puis **les médecins on un immense avantage, c'est d'avoir le matériel pour pratiquer** parce que les patients, ils les ont déjà. Gilles Oxley*

Quoique les systèmes de compréhension engagés soient a priori distincts, on assiste ainsi à une certaine mixité des usages, dont il s'agira plus loin d'étudier le sens que celle-ci peut revêtir. Sans aller plus loin dans l'analyse, nous pouvons d'ores et déjà retenir qu'un

modèle d'enseignement en alternance tel que nous l'avons présenté comporte deux aspects importants. Il a tout d'abord la capacité de construire, au fil des stages, l'ostéopathie comme un domaine à part entière, comme un « exercice », ayant la capacité de se suffire à lui-même et comportant une multiplicité de pratiques. Il a en cela une certaine proximité avec la formation initiale. Ensuite, le fait qu'il se superpose à un autre exercice thérapeutique, déjà constitué en tant que discipline autonome, ouvre un horizon de choix beaucoup plus grand au praticien. Celui-ci, en acquérant la capacité de pratiquer deux exercices pleinement différents, acquiert dans un même mouvement la liberté soit de basculer dans l'une ou l'autre discipline, soit d'élaborer des « montages », des articulations, entre les deux exercices.

1.2.4. La formation en « compagnonnage »

Toujours existant à l'heure actuelle sous des formes quelque peu différentes, ce type d'enseignement est le plus ancien, le premier à s'être développé en France. Il est dû à l'initiative d'un ensemble de praticiens formés à l'étranger, ou au contact de praticiens étrangers, seul recours à une certaine époque dans un pays où n'existait pas d'autres modes de formation. Il correspond à un degré minimal de structuration et revêt un caractère pionnier : à l'origine, ce sont des « initiés » convaincus qui introduisent et s'attachent à diffuser une pratique encore peu connue. Nous parlerons de *praticiens pionniers*.

La plupart des médecins ostéopathes ont commencé à s'initier en Angleterre ou aux Etats-Unis bien sûr, et après ont ramené ça en France, ont rassemblé un groupe de copains, formaient ces copains-là, qui eux-mêmes en ont parlé, d'autres médecins sont venus : « ça m'intéresse », c'est un peu comme ça que les formations se sont constituées. C'est pas quelque chose qui a été décidé : « on va faire une école », ça s'est fait petit à petit. Pierre Cohen

Qu'entendons-nous par *formation en compagnonnage* ? De l'expression du même praticien, nous utilisons cette terminologie pour qualifier une formation qui s'effectue par une circulation entre différents groupes de formation, qui n'ont pas nécessairement de liens entre eux. Elle fait référence au parcours des artisans compagnons – « Compagnons du Tour de France », « Compagnons du devoir », etc. – dont l'enseignement se compose de plusieurs étapes plus ou moins longues au sein de centres de formation et d'entreprises. Le principe pédagogique étant d'acquérir, par la confrontation à la diversité des approches et des modes de fonctionnement, une connaissance globale du métier vers lequel se destine l'apprenti. Pour revenir à l'ostéopathie, les groupes de formation auxquels nous faisons allusion ne

dispensent généralement pas de formation qui, aux yeux même de ces praticiens, puisse être considérée de « complète ». Les stages sont le plus souvent destinés à enseigner des techniques préconisées pour des affections données, des méthodes pédagogiques ou à aborder des points théoriques. On comprendra que là où les formations de type « complet » abordent l'ostéopathie au travers d'une multiplicité de pratiques, ces stages ne développent généralement qu'une approche particulière, rejoignant par là les distinctions mentionnées plus haut. Il y a ainsi une certaine proximité entre ce mode d'enseignement et la formation continue à laquelle sont assujettis les médecins par leur code de déontologie. Cette dernière consiste en des bribes de formations parcellaires dont le but est de suivre l'actualité médicale, les avancées technologiques, pharmaceutiques, etc.

Par l'absence de programme général structuré et par l'absence de toute forme de contrôle externe, la formation revêt un caractère extrêmement fragmentaire et aléatoire, la charge d'en faire la synthèse et l'articulation incombant au praticien. Ce dernier circule à son gré entre les différents groupes, selon sa propre curiosité, ses affinités avec les approches proposées, les informations de ses collègues et des patients. Il existe en cela une certaine confidentialité dans la constitution de ces groupes et le recrutement se fait généralement par le « bouche-à-oreille », à l'intérieur de réseaux déjà constitués de praticiens en exercice. Nous avons vu plus haut que le milieu professionnel jouait un intermédiaire efficace dans la mise en relation des praticiens et la circulation des informations. Il s'agit en outre de formations « informelles », dans le sens où elles ne délivrent pas de diplômes qui soient reconnus en dehors des frontières même du groupe.

Comme les formations en alternance, elles sont exclusivement destinées à des professionnels de santé (au sens officiel, possédant un diplôme d'Etat). De la même manière que pour les formations en alternance, le recours à ces stages offre au praticien des possibilités variées quant à la destination des connaissances acquises. Certains praticiens, par curiosité et par un intérêt progressif, font la démarche de suivre plusieurs formations afin d'acquérir des connaissances de « *toutes les facettes de l'ostéopathie* ». Ils arrivent de cette manière à acquérir un corpus de connaissances équivalent à celui enseigné dans les deux autres types de formation.

J'ai passé le DU d'ostéopathie et ensuite j'ai fait des formations, alors je suis allé à Maidstone... mais pour un week-end hein, comme ça, bon... j'ai pas fait de formation sur un an... je suis allé faire une formation à Ostéopratique, j'ai travaillé au

GREMMO, j'ai travaillé avec les belges, j'ai travaillé en crânien avec un ostéopathe qui est médecin, j'ai fait de nombreuses formations. Ça fait des années et je continue aujourd'hui encore soit à donner des cours, soit à participer à des séminaires pour savoir ce que font les autres. Antoine Olivier

Il y a eu des stages là-bas (aux Etats-Unis) et on a fait venir des formateurs ici en France avec des groupes de médecins ostéopathes. Pierre Cohen

Les praticiens que nous avons interrogés ont tous la particularité d'avoir à leur actif plusieurs formations et de connaître les principales approches (structurale, viscérale, crânienne, etc.), même s'ils ne les pratiquent pas toutes. Mais par sa nature même, on comprend que ce type de formation, selon jusqu'où le praticien décide d'aller, autorise davantage les montages entre les disciplines. Les techniques acquises ou l'approche considérée ne suffisant pas à satisfaire tous les cas de figure auxquels le praticien peut être confronté, celui-ci est alors obligé de recourir aux moyens habituels, d'où un montage nécessaire. Ou encore, si l'on se conforme au modèle présenté plus haut, les techniques étant abordées en tant que « pratiques », le praticien n'a d'autres solutions que de les intégrer à son système de compréhension de référence, celui qui correspond à sa formation initiale. A partir de ces considérations, nous pouvons établir que ce type de formation ouvre un espace de possibilités, qui va de l'intégration des techniques ostéopathiques à un exercice initial, cette phase correspond aux premiers stades de la formation, jusqu'à l'acquisition d'un exercice ostéopathique à part entière. Nous reviendrons plus en détails sur ces questions dans la partie suivante.

Parmi les praticiens interrogés, nous n'avons rencontré que des médecins ayant suivi ce type de formation. Nous n'avons en effet trouvé aucune trace de formation de ce type ouvertes aux kinésithérapeutes, qui ont de leur côté plus facilement accès aux formations en alternance, dont certaines se déroulent dans l'enceinte même de centres de formation en masso-Kinésithérapie. Même si ce type de formation tend à perdurer aujourd'hui, on pourra noter la disparition progressive de leur caractère pionnier (confidentialité, autonomie, absence de contrôle et de reconnaissance) qui les caractérisait à l'origine. Nous verrons dans la partie 3.1.1. que, si le mode de formation demeure identique (circulation entre différents stages, groupes restreints), une structuration à plus grande échelle s'est mise en place.

1.2.5. Le Diplôme inter-universitaire de médecine manuelle – ostéopathie

Pour terminer sur les types de formation, il nous faut dire quelques mots sur le DIU de médecine manuelle – ostéopathie. Ce diplôme comporte plusieurs caractéristiques intéressantes sur lesquelles il convient de porter notre attention. Diplôme universitaire, il est le premier enseignement « officiel », c'est-à-dire le premier à obtenir un statut juridique et la reconnaissance du milieu médical dans lequel il se développe. Il conditionne la possibilité pour le médecin de faire figurer sur sa plaque le titre de « médecin ostéopathe ».

L'officialisation d'un diplôme universitaire est le fruit du travail incessant d'un groupe de médecins attachés à développer une ostéopathie « médicale ». Les premiers médecins s'intéressent à l'ostéopathie dès le début du siècle, formés à l'étranger ou par des praticiens étrangers. En 1913, les docteurs Moutin et Mann publient un livre « *Manuel d'ostéopathie pratique* » dans l'esprit de Still¹⁷, sans grand retentissement dans le contexte de la première Guerre Mondiale. En 1949, le docteur Lavezzari, formé aux côtés du docteur Florence Gair, une élève de Still, publie un autre ouvrage, « *Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique : l'Ostéopathie* », puis fonde en 1952 une société savante, la société française d'ostéopathie (SFO) destinée à « *grouper les médecins désireux d'étudier l'ostéopathie d'une façon scientifique en s'entourant des garanties nécessaires*¹⁸ ». Une autre figure récurrente à qui on attribue le développement de l'ostéopathie médicale est celle du docteur Robert Maigne, formé à la *British School of osteopathy*, école d'ostéopathie créée, en 1917, par un élève de Still, à Londres. De retour en France, il est directeur d'enseignement à l'Hôtel-dieu de Paris et participe à l'ouverture des grands centres hospitaliers à la pratique des manipulations. Il fonde en 1959 la Société Française de Médecine Orthopédique et Thérapeutiques Manuelles. L'ostéopathie s'oriente ainsi vers une médecine « physique et manuelle », dite de « rééducation » où sont incluses les manipulations vertébrales et articulaires. L'enseignement est tout d'abord officieux avant que ne soit créé le Diplôme d'Études d'Université en Médecine Orthopédique et

¹⁷ On attribue l'origine de l'ostéopathie en tant que concept et méthode thérapeutique à l'américain Andrew Taylor Still (1828-1917). On trouvera sa biographie ainsi que l'histoire du développement de l'ostéopathie aux Etats-Unis et sa diffusion dans le monde dans la plupart des ouvrages généraux sur l'ostéopathie (ouvrages de présentation ou de vulgarisation) ainsi que sur les différents sites consacrés à l'ostéopathie (cf. bibliographie). L'ouvrage de François Le Corre et Serge Toffaloni en donne une présentation à la fois claire et synthétique, cf. François Le Corre et Serge Toffaloni, *L'ostéopathie*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », n°3139, 1996.

¹⁸ Extrait de la conférence du docteur Lavezzari, le 7 novembre 1952, intitulée « *La lésion ostéopathique : mythe ou réalité ?* ». Cité par le site du Registre des ostéopathes de France (ROF), www.osteopathie.org.

Thérapeutiques Manuelles. En 1969, celui-ci devient le Diplôme Universitaire de médecine ostéopathique rattaché dans un premier temps à l'Hôtel-dieu puis à l'université Paris VI. En 1982, dans une autre Faculté de médecine, celle de Bobigny, le Professeur et doyen d'université Pierre Cornillot crée le Duménat, un enseignement en ostéopathie réservé aux médecins. L'enseignement est dispensé par des praticiens non médecins formés en Angleterre. Il comprenait environ 700 heures de cours sur trois ans, dont une partie sous forme de stages dans l'école anglaise de Maidstone. En 1997, la multiplication des Diplômes d'Université (DU) orientés sur la pratique des manipulations vertébrales et de l'ostéopathie, permet le développement d'une structure d'enseignement commune, sous forme de Diplôme inter-universitaire. L'enseignement créé par Pierre Cornillot est ainsi transformé en DIU de « médecine manuelle – ostéopathie » et a été par conséquent obligé de réduire sa durée d'enseignement à 320 heures sur 2 ans. Le nouveau diplôme mis en place est reconnu par l'Académie Nationale de médecine et l'Ordre des médecins. La création et l'officialisation de ce diplôme reflètent le développement et la structuration progressive de l'enseignement de l'ostéopathie dans un cadre médical légal. Celui-ci s'inscrit dans la continuité des études de médecine et représente ainsi ce que l'on peut considérer comme une spécialisation médicale. Outre cet aspect, il a aussi la particularité de ne s'intéresser qu'à un seul des aspects de l'ostéopathie, la dimension structurelle ou musculosquelettique. Les autres dimensions (crânienne, viscérale) assimilées par les formations initiales, en alternance et, dans une certaine mesure quelques groupes de formation de type « compagnonnage », sont exclues du diplôme. Bien que l'absence de ces composantes soit décriée par certains médecins, elle sous-tend un conflit de définition sur le concept même d'ostéopathie, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Derrière ces différents modes de formation, se profilent maintenant différents types d'exercice spécifiques qu'il convient d'analyser. Nous proposons d'en distinguer trois, qui s'expriment par leur niveau de corrélation avec d'autres « exercices », au sens défini plus haut¹⁹ : la spécialisation ; la cohabitation et enfin l'exercice exclusif. Nous chercherons à savoir ce que ces modalités impliquent en terme d' « usage » de l'ostéopathie.

¹⁹ Au regard des informations collectées, ceux-ci se limitent dans notre corpus à la kinésithérapie et à la médecine. Comme nous avons pu en avoir l'écho, il faut toutefois avoir en tête la possibilité de corrélations avec d'autres disciplines, comme l'ergothérapie, la médecine chinoise, etc.

1.3. Les usages de l'ostéopathie

1.3.1. L'exclusivité

Nous commencerons par étudier les usages de l'ostéopathie sous l'angle d'une première figure : l'exclusivité. Cette notion ne fait pas l'unanimité dans les débats qui animent la reconnaissance de l'ostéopathie. Plusieurs acteurs, forts différents, s'en réclament. Nous choisirons de l'appréhender, non seulement en terme d'usage exclusif, occupant le praticien à temps complet, mais également en tant qu'exercice autonome, doté d'un système de compréhension propre qui se distingue à la fois de la médecine et de la kinésithérapie²⁰. A partir des points développés dans les parties précédentes, plusieurs profils d'ostéopathes, et corollairement des cultures de soin spécifiques, commencent à se dessiner. Il s'agit néanmoins de configurations assez idéal-typiques à l'intérieur desquelles les parcours des praticiens s'organisent variablement. Elles mettent en relief les principales lignes de force qui structurent le monde de l'ostéopathie. Au regard des éléments collectés sur le terrain, l'exclusivité, au sens où nous l'entendons, s'inscrit à part entière dans la continuité de la formation initiale et de la formation en alternance (point 1.2.2. et 1.2.3.). Sur le terrain, on trouve de nombreux ex-kinésithérapeutes ou ex-médecins qui, comme nous l'avons dit plus haut, ont acquis suffisamment de dimensions de l'ostéopathie pour abandonner le système de compréhension de leur ancien exercice. Certains d'entre eux prônent une distinction des exercices, d'autres continuent à attacher à leur exercice initial une importance, comme nous le verrons dans la partie suivante. L'importante proportion de ces praticiens semble pouvoir s'expliquer d'une part en raison du développement relativement tardif des formations « full time » ouvertes aux bacheliers, d'autre part au fait que ces praticiens occupent encore à l'heure actuelle les principaux postes dans les syndicats et la presse professionnelle, population à laquelle nous nous sommes limités dans cette étude.

²⁰ La définition de l'exclusivité telle que nous la concevons ici permet pour le moment d'inclure aussi bien des praticiens de formation initiale que certains médecins et kinésithérapeutes que nous avons rencontrés, qui pratiquent l'ostéopathie non seulement à temps complet, mais également dans l'esprit dans lequel nous le développons ici (système de compréhension). D'autres éléments viendront compléter le sens que nous octroyons à cette notion. Afin de ne pas faire de confusion, nous signalons d'ores et déjà qu'elle désigne les praticiens, qu'elle que soit leur origine professionnelle, qui accordent à l'ostéopathie un statut à la fois autonome et indépendant des autres professions de santé sur le plan politique, et non plus uniquement sur celui de la connaissance, des techniques ou du système de compréhension qui sous-tend son exercice.

Quelles sont les spécificités d'une ostéopathie que des praticiens veulent « exclusive » ? Il faut tout d'abord souligner le fait que celle-ci s'inscrit dans la continuité historique de la manière dont Andrew Taylor Still, son initiateur, a formalisé son concept. Même si elle a connu des développements ultérieurs autour de nouvelles techniques et de nouveaux concepts, les praticiens conservent l'idée générale selon laquelle le corps humain fonctionne comme un tout, dont les différents éléments le constituant interagissent et demeurent indépendants les uns des autres :

« On traite en fait des structures pour qu'elles puissent se traiter... c'est logique hein... les organes sont interdépendants : un genou, il fonctionne pas tout seul. »
Patrick Vian

Selon ce principe, il s'agit de comprendre de quelle manière des tensions articulaires ou des différents tissus (muscles, fascias, ligaments, plans cutanés, vaisseaux sanguins et lymphatiques, viscères) affectent les fonctions organiques (digestion, respiration, etc.). Dans le concept ostéopathique, la structure gouverne la fonction. Ces deux dimensions forment un tout dont la modification de l'un entraîne celle de l'autre. La méthode thérapeutique consiste à remettre en état l'organisme humain défaillant dans le but de permettre un fonctionnement harmonieux des défenses du corps contre la maladie. Still introduit le concept de « lésion ostéopathique » qui qualifie d'une manière générale un dysfonctionnement qui perturbe à la fois la structure et la fonction : « *Trouvez la lésion primaire, corrigez-là, et laissez faire la nature*²¹. » Ce qui sous-tend la pratique thérapeutique, c'est la capacité du corps humain à s'« auto guérir », à s'auto réguler, disposant pour cela des capacités naturelles pour le faire, une fois traité le phénomène inhibant.

Le traitement mis en œuvre consiste en un ensemble de techniques que le praticien a à sa disposition. Il intervient par une série de manipulations/mobilisations uniquement manuelles, qui peuvent être déclinées en différentes catégories²² :

- Les techniques consacrées aux tissus mous : Techniques musculaires ; traitement des fascias (trame fibreuse enveloppant les muscles) ; traitement des ligaments ; manœuvre de décollement des plans cutanés profond ; mobilisation des viscères ; drainage lymphatique ; pompage des réservoirs veineux ; massage et ponçage de

²¹ A.T. Still, cité par François Le Corre et Serge Toffaloni, *L'ostéopathie, op. cit.*, pp.28.

²² Nous renvoyons pour cela au découpage opéré dans le même ouvrage, pp.39-47. Cette catégorisation donne une idée de l'éventail de techniques que le praticien peut être amené à utiliser. Si les praticiens reconnaissent l'existence de celles-ci, ils insistent également sur la pluralité des choix qui s'offre à eux pour arriver à un même résultat. Celui-ci relevant d'une question d'affinité avec une méthode particulière, nous le verrons.

points réflexes ; la myothérapie.

- Les techniques de mobilisation articulaire générale : *Springing technics* (mouvements de pression en va-et-vient)
- Les techniques articulaires spécifiques : Manipulations avec impulsions brève, rapide, de faible amplitude, « *thrust technics* », sur articulation ou ensemble d'articulations ; techniques myotensives (mobilisation du muscle contre résistance légère) ; manipulation physiologique (retour progressif à une position non lésionnelle).
- Les techniques particulières : *Strain contra strain* (maintien d'une position extrême pendant plusieurs minutes ; techniques de pompage (pression-dépressions appliquées aux grands réservoirs vasculaires : rate, foie, cage thoracique) ; tractions axiales continues ou intermittentes ; autres techniques : écoute tissulaire, traitement crânio-sacré, etc.

Intéressons-nous maintenant à la manière dont les praticiens mettent en application ces principes. Les praticiens insistent sur leur capacité à « prendre en charge » un patient de manière spécifique, à un niveau qui leur est propre, différent de celui des autres disciplines thérapeutiques. Nous allons voir de quelle manière celle-ci s'établit sur une base diagnostique et sur un système de compréhension spécifiques qui guident et orientent le traitement thérapeutique.

Ce niveau de prise en charge s'inscrit tout d'abord à l'intérieur d'un champ de compétences, que les praticiens ont la plupart du temps beaucoup de mal à définir. Comme le rappelle un praticien : « *c'est sûr que si vous demandez à un ostéopathe de définir son champ d'application de façon claire et nette, vous allez avoir des problèmes.* » Celui-ci est délimité par des « limites » qui sont variables selon la personne ou le type de problème appréhendé. Il n'est pas définissable en amont, ce sont les connaissances du praticien ainsi que les résultats des tests diagnostiques qui lui confèrent, ou non, la capacité d'intervenir et de satisfaire à la demande du patient. La prise en charge du patient se définit ainsi avant tout négativement, délimitée par les capacités thérapeutiques du praticien et par un ensemble de contre-indications auxquelles il peut être confronté (ne pas manipuler si ostéoporose, si existence de foyers cancéreux, etc.). Positivement, c'est le diagnostic qui doit être en mesure de définir le champ d'intervention du praticien. Nous citons cet extrait d'entretien qui décrit toutes les phases du diagnostic. Si la phase de l'interrogatoire s'apparente à celle qui est utilisée en médecine ou en kinésithérapie, les praticiens insistent sur sa durée, plus longue, et sur une ouverture beaucoup plus grande sur la multiplicité des facteurs qui peuvent entrer en

ligne de compte dans le développement d'une affection.

On demande au patient le motif de consultation, déjà là on recueille toute une série de données, souvent il nous dit « j'ai déjà été traité, j'ai déjà été manipulé » souvent c'est des gens qui ont été manipulé (...) On a un interrogatoire très poussé sur tous les antécédents médicaux, sur les médicaments que prennent les gens, les antécédents traumatiques, les chocs qu'ils ont eus, tous les antécédents chirurgicaux, toutes les interventions, les antécédents familiaux... alors les antécédents cardiaques, neuro, les problèmes de sommeil... tout y passe. Patrick Vian

Le but de l'interrogatoire est d'orienter et de déterminer la mise en œuvre du **diagnostic ostéopathique**, selon les termes des praticiens. L'essentiel repose sur une base de tests spécifiques au cours desquels le praticien prend contact avec le patient, par le toucher, la palpation des zones qu'il soupçonne être responsables des affections de son patient. Ces tests doivent permettre au praticien d'avoir une idée claire de la dysfonction, de la lésion, des tensions sur lesquelles il aura à intervenir. Ils sont effectués du général vers le particulier :

Vous avez des tests de débroussaillage, il y a des tests globaux, il y a des tests ostéopathiques généraux où vous débroussailliez et où vous allez arriver à une zone effectivement où vous allez retester de manière plus précise et à partir de ce test précis, vous mettez en place une technique (...) Le test se fait de manière... avec plusieurs étapes, vous testez les tissus, d'abord la peau, la qualité de la peau... est-ce qu'on a une contrainte, est-ce qu'on a une contracture, ensuite on va plus profond, vers le muscle, comment est ce muscle ? Dans quel état il est, est-ce qu'il est douloureux, et puis ensuite on va aller de plus en plus profondément, explorer la zone articulaire, est-ce que cette articulation fonctionne ou pas, que est son degré de liberté, quel est son degré de douleur ? et alors là, on fera ce qu'on appelle les tests ostéopathiques, c'est différent des tests médicaux puisqu'on a des tests par exemple de mise en tension, on a des tests de retour de tension, on a des tests articulaires, on a des tests d'amplitude articulaire où on va s'arrêter à une amplitude qui va être restreinte ou non, et à partir de cette amplitude restreinte, on va restaurer le mouvement donc on saura précisément où agir, comment on va agir, quelle est la force que l'on va appliquer, quels vont être les bras de levier qu'on va utiliser, on sera le plus précis possible. » Patrick Vian

Ensuite, le niveau de prise en charge proposé diffère de celui de la médecine ou de la kinésithérapie non seulement par le caractère spécifique du traitement mis en œuvre, mais également par une attention portée sur les « causes » de l'affection dans ce qu'elles ont de spécifiques à chaque individu, contre une approche médicale centrée sur le symptôme, ce qui implique, comme nous le faisait remarquer Xavier Perrone, de soigner « *les gens tous de la même façon, vous tirez le tiroir du lumbago, le tiroir des dorsalgies, le tiroir de cervicalgies...* » :

« Son champ d'application, c'est pas LA maladie, c'est pas UN symptôme, c'est une prise en charge à un certain niveau (...) Prendre en charge quelqu'un, c'est être responsable d'une personne qui vient dans cette relation et dans cette demande et être capable de répondre à cette demande. » Francis Rougon-Macquart

« On traite pas une maladie nous, on essaie de prendre en charge un patient pour une demande précise. » Patrick Vian

L'assimilation de la prise en charge à la demande du patient est une figure récurrente dans le discours des praticiens. Ils marquent ainsi une nette distinction entre d'une part le traitement de la maladie au niveau de causes locales, et une intervention sur « l'individu dans sa globalité », par le traitement de causes « sous-jacentes », « autres », etc. La prise en charge de ces praticiens se bâtit de fait sur une étiologie assez complexe qu'ils assimilent à une « demande du patient ». A cela, il faut tout d'abord souligner une certaine adéquation entre ce que proposent les praticiens en terme de compréhension du fonctionnement du corps humain et des phénomènes pathologiques, et ce que recherchent les patients qui ont recours à l'ostéopathie. Ces derniers souscrivent assez majoritairement aux représentations de leurs thérapeutes. Plusieurs praticiens nous ont en effet fait part du poids de cette demande ou du fait que leurs patients « leur ressemblent » et de leur capacité à s'orienter dans le monde des soins en fonction de la nature de leur mal. Du côté des patients, nous avons également retrouvé cette idée « d'aller au fond des choses », de « travail plus en profondeur », lors d'entretiens réalisés avec deux d'entre eux²³. Nous pouvons ensuite comprendre cette assimilation de la prise en charge proposée à la demande du patient au fait que ce dernier représente, incarne, toute la potentialité des causes qui peuvent être à l'origine de son affection. Le regard du praticien ne porte pas sur la manifestation tangible de la maladie mais sur un éventail beaucoup plus large de causes qu'il a en charge de découvrir.

En raison de la dimension manuelle de la discipline, cette recherche des causes s'effectue au niveau du corps humain, comme l'indiquait l'extrait d'entretien précédemment cité. Elle n'est cependant pas réductible à celui-ci, elle est sous-tendue par un système de compréhension beaucoup plus vaste dont nous donnerons quelques pistes. Au niveau du corps humain, l'étiologie s'organise autour d'une notion commune à tous les ostéopathes :

²³ Sur ce point, voir également F. Bouchayer, « Les usagers des médecines alternatives. Itinéraires thérapeutiques, culturels, existentiels », *Revue française des affaires sociales*, n°40 (hors série), 1986 ; Cl. Herzlich et J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984, pp.247-283 ; également, C. Raineau, « Choix thérapeutiques dans les Combrailles auvergnates. Rebouteux, médecins et "médioms du corps" », et G. Cresson, « Soins aux enfants et recours aux médecines parallèles », in : *Les médecines en parallèle, op. cit.*

celle de structure. Nous verrons toutefois que tous ne lui accordent pas la même acception. A minima, elle représente la structure squelettique, articulaire et musculaire du corps humain. Chez les exclusifs, elle revêt un sens beaucoup plus large :

« Le plus gros secteur de l'activité de l'ostéopathe va se situer dans l'orthopédie, mais au sens large de l'orthopédie (...) Tout est structure si vous voulez parce que la peau, c'est bien une structure... » Jean-Marie Fongié

Cette perspective amène le praticien à s'intéresser à l'organisme dans son ensemble et non uniquement à l'endroit où se manifeste l'affection :

« Moi je dis jamais « je vois une lombalgie », je dis pas ça. En médecine, on dit « untel vient pour une lombalgie » oui, nous, y'a un motif de consultation, mais on va pas forcément traiter la lombalgie, on va traiter ou la cheville ou le dos, ou peu importe, ça peut être une épaule ou ça peut être une cervicale, ou un genou... ou un bassin, combien de fois on a vu un bassin déséquilibré, après traitement du bassin, les douleurs de dos ont disparu, enfin peu importe, on essaie de traiter, vraiment de traiter, de faire en sorte que le patient aille mieux en essayant de l'aborder dans sa globalité... » Patrick Vian

*« On va faire un interrogatoire très précis et qu'est-ce qu'on va découvrir ? Que par exemple cette personne a eu quatre ans auparavant une **double entorse au niveau de la cheville**. Sa double entorse au niveau de la cheville n'a pas été traitée, la personne boite, **automatiquement, on va avoir une légère bascule du bassin**, cette bascule du bassin va **entraîner un déséquilibre de la première lombaire**, alors est-ce qu'on va **traiter la première lombaire ? Non, on va pallier au déséquilibre, on va traiter la cheville...** » Patrick Vian*

Les praticiens déploient ainsi dans leur exercice un système de compréhension très vaste qui rejoint la dimension « holistique » qui caractérise un grand nombre de disciplines alternatives²⁴. Dans celui-ci, la structure n'a pas seulement des implications au niveau structurel comme dans l'extrait précédent, elle peut dans certains cas intervenir dans les affections organiques :

*Un problème abdominal, il faut vraiment déterminer la sphère, voir si c'est un **intestin, un colon, un estomac, un foie** (...) Qu'est-ce que ça peut signifier, quelles sont les interactions entre les organes ? Et à ce moment là, on a des techniques où on va agir par exemple sur un colon, on peut très bien agir sur un colon, on peut agir sur un foie... bien évidemment dans une certaine mesure, il est certain qu'on va pas traiter des grosses pathologies viscérales... mais **ça peut être mécanique, il y a des***

²⁴ Il existe une littérature très abondante qui fait état du mode de compréhension holistique de l'homme et du corps présent dans les médecines alternatives. Sur les conceptions populaires et orientales, voir par exemple Fr. Loux, *Pratiques et savoirs populaires. Le corps dans la société traditionnelle*, Paris, Berger-Levrault, 1979 et M. Lock « L'homme machine et l'homme microcosme : l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux », in : *Annales ESC*, septembre-octobre, 1980.

*liens mécaniques entre certaines sphères articulaires et le foie, ou des ligaments... le foie s'insère sur le diaphragme et le diaphragme par exemple s'insère sur la colonne vertébrale. **Donc on peut agir à distance sur un foie**, ça c'est clair. Et sur un colon, il y a des angles au colon, il y a un angle qui s'attache sur le foie, un autre qui s'attache sur la rate (...) Je prends l'exemple d'un colon qui n'est pas efficace, qui a une petite déformation suite à une traction ligamentaire, on peut restaurer la mobilité du colon en travaillant soit sur le colon directement soit à distance avec des gros systèmes de poulies hein, puisque les organes sont entourés par ce qu'on appelle le méso, qui est une espèce de membrane sur laquelle on peut agir. Patrick Vian*

Derrière la notion de structure, on trouve également celle de « terrain », d'une manière assez similaire à la définition qu'en donnent les homéopathes²⁵. De la même manière, elle sous-tend pour ces ostéopathes une idée d' « équilibre », ou d' « harmonie » nécessaires à un bon fonctionnement du corps, à son plein potentiel immunitaire :

*Si on améliore cet état général en fait, il y a moins de portes d'entrée pour la maladie (...) Quand vous avez une affection virale, si en plus vous avez un problème physique, l'infection va certainement être beaucoup plus opérante (...) On a tous une immunité. Cette immunité elle passe par des stades différents. On peut avoir une immunodéficience, on peut au contraire avoir une très bonne immunité, ça, ça peut être altéré aussi par des fonctions diverses, **une colonne vertébrale qui est pas efficace peut ensuite entraîner des troubles** et à l'inverse si vous avez une constitution qui n'est pas très robuste, vous pouvez être exposé à un accident lombaire. Patrick Vian*

Si le système de compréhension des ostéopathes exclusifs organise la mise en œuvre des techniques qu'ils vont utiliser et se concentre en ce sens sur la dimension corporelle de la causalité, elle dépasse souvent cette seule dimension pour concerner un ensemble de facteurs beaucoup plus étendu. En cela, l'exercice de ces praticiens s'avère particulièrement perméable à d'autres systèmes de causalité, en provenance d'autres spécialités médicales ou paramédicales, telles que la nutrition, l'orthopédie ou la psychologie ; d'autres cultures, on retrouve parfois des références à l'acupuncture et à la conception taoïste du fonctionnement organique. Nous ne nous attardons pas davantage sur cet aspect, nous signalons simplement l'existence de cette perméabilité que nous expliquons par la démarche compréhensive et alternative qui caractérise ces praticiens, ainsi que le fait qu'ils aient souvent, dans cette démarche, expérimenté d'autres modes de traitements :

Q : Je vois que vous avez aussi là des planches d'acupuncture, vous vous en servez dans ce que vous faites ? Les planches d'acupuncture, ça m'intéresse aussi... mais je

²⁵ Cf. Conan Meriadec, « L'homéopathie moderne », in : *La revue française des affaires sociales*, hors-série « Médecines différentes », mai 1986.

pique pas, mais en même temps, je me sers de mes doigts donc (...) C'est surtout de savoir que tel point est là. Je vais regarder sur un lexique pour voir où il m'amène et je vais savoir si je le travaille en premier ou en deuxième. Je dirais que ça me permet de diriger mon traitement dans certains cas. Alexandre Pérez

Pour l'ensemble de ces praticiens, le mode de compréhension global déployé autour des problèmes de santé dépasse la question de la mise en œuvre des techniques thérapeutiques, qui conservent à cet égard une relative autonomie. En d'autres termes, la technique est mise au service de leur système de compréhension, elle n'acquiert un sens qu'au travers de celui-ci. Leur caractère transposable en témoigne :

*« Avant il y a une articulation qui bouge pas ou moins et après, il doit y avoir une articulation qui est libre, **le chemin qui mène entre le point A et le point B, aucune importance**, l'importance, c'est d'arriver au point B. Il y a différentes manières, on peut travailler uniquement sur les muscles, on peut faire des manipulations avec des craquements ou sans craquements. »* Pascal Gervex

*« Le but au départ, c'était d'être en mesure de découvrir l'anormalité du système ou d'un système et d'utiliser ses mains pour le ramener à la normale, en utilisant des connaissances anatomiques et physiologiques. **Il n'a jamais été dit que pour ramener une clavicule dans son état de normalité, il faut faire comme ça** (...) Vous pouvez y arriver par autant de moyens décrits ou non décrits, c'est à vous d'y arriver, c'est tout... ce qu'on vous demande, c'est d'être capable de trouver cette zone qui est en dysfonction pour simplifier et la ramener dans sa normalité, c'est tout, quelle que soit cette zone... vertèbre, ligament, organe... toute zone du corps, en fait c'est très simple... »* Francis Rougon-Macquart

En raison du système de compréhension sur lequel il s'appuie, l'exercice « exclusif » de l'ostéopathie acquiert une couleur particulière. Celui-ci oriente et conditionne ce que nous avons nommé plus haut la pratique de l'ostéopathie, soit un ensemble spécifique de techniques, qui reposent elles-mêmes sur des connaissances médicales et scientifiques, mais qui ne sont rien sans cette compréhension plus générale. Il faut toutefois relativiser le caractère « exclusif » que nous lui attribuons, et que certains praticiens revendiquent. Celui-ci a avant tout une valeur analytique qui permet de comprendre le niveau de relation de ce qui constitue la spécificité de la pratique ostéopathique avec la médecine et la kinésithérapie, les deux principales disciplines dont sont issus la majorité des praticiens. La focalisation de l'analyse sur cet aspect des « montages » apparaît en effet essentielle au regard des débats qui animent la reconnaissance de l'ostéopathie. Cette exclusivité, qui se traduit comme une autonomie, est ainsi à comprendre *par rapport* aux deux disciplines qui sont parties prenantes dans les débats. Elle permet en outre de comprendre de quelle manière se

développe, en marge des recours habituels, une culture de soin spécifique. En cela, elle ne concerne pas le degré de proximité avec d'autres disciplines alternatives, avec qui l'ostéopathie a un certain nombre de points communs, dont il s'agirait d'étudier, ailleurs, les articulations. Elle ne peut en ce sens être comprise comme une forme « pure », dénuée de tout assemblage de nature composite.

1.3.2. La spécialisation

Les connaissances utilisées dans le cadre de la pratique de l'ostéopathie, nous l'avons vu, font partie d'un corpus que l'on peut considérer comme partagé entre l'ostéopathie, la médecine et la kinésithérapie, à des degrés divers. Ce sont les mêmes bases de connaissance qui permettent la mise en œuvre de techniques spécifiques. Connaissances de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie, de la sémiologie médicale, etc. sont unanimement reconnues comme préalables à la mise en œuvre du traitement ostéopathique. Cependant, toutes ces techniques ne sont pas retenues par le praticien « spécialiste », de même qu'il ne les utilise pas dans la poursuite des mêmes objectifs. Nous avons vu de quelle manière leur usage est sous-tendu par un système de compréhension plus large, qui oriente leur mise en œuvre. La spécialisation, au sens où nous l'entendons, représente l'intégration des techniques ostéopathiques à des exercices spécifiques, en l'occurrence la médecine et la kinésithérapie²⁶. La question qui nous occupe est de savoir de quelle manière la médecine intègre, adapte, recompose et développe un usage de l'ostéopathie qui lui devient spécifique, s'inscrivant dans la continuité de ses objectifs, de son rapport au corps du patient, de son mode de recherche des causes des phénomènes pathologiques. Cette spécialisation peut occuper le praticien à temps complet, et rejoindre en cela l'aspect d'un exercice exclusif, sans toutefois avoir à l'égard de sa discipline de référence un statut autonome, nous le verrons plus loin. Utilisé à temps partiel, au titre de complément thérapeutique, l'usage de l'ostéopathie permet au praticien d'accroître son champ d'action, ses indications, d'améliorer ses résultats, de s'adresser à une clientèle particulière. Nous avons vu dans le point 1.1. les reliefs que pouvait comporter cette question. Nous étudions l'usage de l'ostéopathie dans le cadre de la médecine et de la kinésithérapie à la fois dans la spécificité de sa mise en œuvre,

²⁶ Bien que la figure de la spécialisation dans le domaine de la kinésithérapie soit peu présente dans notre corpus – les praticiens syndiqués tendant en effet à clarifier leurs positions – l'introduction de « techniques » ostéopathiques dans les séances de kinésithérapie semble être une pratique particulièrement répandue, de la profession même de plusieurs praticiens à propos de certains moments de leur carrière. Devant l'absence de données précises sur les kinésithérapeutes, nous centrerons notre propos sur les médecins.

et dans le rapport que les praticiens entretiennent avec des développements de l'ostéopathie moins à même d'être appréhendé par le système de compréhension de leur discipline.

Le parcours de Pierre Cohen est intéressant pour comprendre de quelle manière la pratique de l'ostéopathie prend place au sein de l'exercice médical. Ce médecin, avant de se former et de se consacrer à temps complet à l'ostéopathie, entreprend différentes formations, en acupuncture, en homéopathie, intéressé à obtenir des résultats thérapeutiques « *là où la médecine ne pouvait rien apporter* ». Ces techniques sont pour lui un moyen d'accroître ses résultats en diversifiant et en augmentant son arsenal thérapeutique « *en utilisant l'outil entre guillemets de l'acupuncture, de l'homéopathie.* » Ces techniques sont à la fois perçues et mises en œuvre au titre d'une « *adjuvance à la médecine générale.* » Cette forme de spécialisation, ou de montage, est un phénomène récurrent dans le domaine de la médecine où des praticiens importent des techniques développées dans d'autres contextes, issus d'autres systèmes de compréhension, en en conservant uniquement l'aspect technique et opératoire. Nous pourrions citer l'exemple d'un autre médecin, représentant d'un Conseil Régional de l'Ordre des médecins, interrogé deux ans auparavant, qui utilisait quelques « *recettes* » de l'acupuncture, connues pour avoir des effets sur des affections précises, sans pour autant utiliser les méthodes diagnostiques propre à la médecine chinoise ni la compréhension spécifique du fonctionnement organique :

Je fais de l'acupuncture thérapeutique, en complément de mon exercice médical (...) j'en fais vraiment un tout petit peu (...) Alors c'est sûr que toute la théorie de l'acupuncture diagnostique, ça j'ai laissé tombé depuis un certain temps, même l'école où j'ai été n'y croyait pas (...) Donc on prend les pouls comme ça et puis à partir de celui qui tape le plus fort, on sait quel méridien est malade, et puis on appuie un peu plus et puis on retombe sur les autres...c'est pas très probant. Xavier Lombart

Pour les médecins ostéopathes comme pour ce médecin acupuncteur, l'acte thérapeutique prodigué s'inscrit dans une procédure habituelle des soins. L'interrogatoire du patient, le mode diagnostic sont les mêmes, ils reposent sur les examens médicaux classiques, ou spécialisés (orthopédiques, etc.) et ne s'accompagnent que rarement d'examens complémentaires de nature ostéopathique, fondés sur le toucher et la palpation. Lorsqu'ils sont utilisés, ils sont davantage orientés sur des questions d'amplitude et de mobilité articulaires que sur la nature et les tensions des tissus. D'une manière générale, la question du diagnostic ne pose que peu de problèmes à des médecins dont une large part de la formation repose sur l'acquisition de cette capacité. L'ostéopathie intervient avant comme

un moyen de traitement, comme mode opératoire, pour suppléer à des limites thérapeutiques. Les paroles de ce praticien vont dans ce sens : « *au niveau diagnostic, on était très très bons, mais on avait beaucoup de difficultés à traiter les gens... sur certaines pathologies.* » Elle est ainsi baignée, intégrée et imprégnée dans un moule bien particulier qui comporte des codes, des protocoles qui guident et orientent une démarche de soin établie, apprise et appropriée tout au long de la formation universitaire. Les montages entre pratique et exercice thérapeutiques sont donc possibles, il ne semble y avoir aucune contre-indication à cela. La pratique de l'ostéopathie s'accommode d'un système de compréhension différent à celui d'autres praticiens, sans que cela ne nuise à ses résultats. Nous verrons également plus loin que les montages spécifiques n'opèrent pas au même niveau. Leurs effets et leurs limites ne semblent pas recouvrir les mêmes espaces.

Pierre Cohen a utilisé l'ostéopathie pendant vingt ans de manière complémentaire à son exercice médical, avant de poursuivre sa formation vers une ostéopathie considérée comme « *plus globale* », comprenant justement le système de compréhension spécifique de l'ostéopathie « exclusive », qu'il nome « *philosophie ostéopathique* ». En quoi consiste la distinction établie entre ces deux dimensions de l'exercice ostéopathique ? Tout d'abord la destination de l'acte. Selon l'approche exclusive, il a pour objet un changement de schéma de comportement du corps, en le considérant dans son ensemble. Il consiste à rétablir en amont un dysfonctionnement qui peut avoir des causes et des foyers multiples et de laisser agir le corps sur un principe d'auto-guérison. L'abord dans l'esprit médical implique quant à lui une intervention directe sur le phénomène pathologique, à l'endroit où celui-ci se manifeste. Notre médecin parle à ce titre d'ostéopathie « *de traitement et du symptôme* ». Les extraits suivants confirment cette orientation :

*Le système qui a été développé par Maigne pour faire un diagnostic **abouti forcément** à exercer une action sur l'articulation **au niveau qui souffre**. Si vous avez une sciatique ou une hernie discale L4 L5, par le système diagnostic des ostéothérapeutes, vous allez arriver sur L4 L5. **En ostéopathie, c'est complètement différent (...)** il faut aller chercher au-dessus et en dessous, mais certainement pas sur le secteur qui souffre.* Pascal Gervex

*Quand vous avez quelqu'un qui vient avec une lombalgie aiguë, si vous déterminez précisément que c'est au niveau lombaire, **vous allez pas chercher le gros orteil hein**. Vous le traitez, **vous débloquez les zones bloquées** et les gens vont beaucoup mieux presque tout de suite (...) La plupart du temps, il y a réellement un **problème local**, vous les traitez, vous les améliorez...* Gilles Oxley

Par cette approche plus « localiste » de la pathologie, le temps de consultation a tendance à être aussi plus court, pour environ une demi-heure à trois quarts d'heure pour une consultation « exclusive », et de un quart d'heure à une demi-heure pour une consultation « spécialisée ». Le temps de consultation se rapproche ainsi du temps moyen que les médecins accordent à leurs patients en médecine générale et dans d'autres spécialités, s'autorisant toutefois une durée supplémentaire lorsque le patient le nécessite.

De par la nature de l'intervention, les techniques ostéopathiques utilisées sont ensuite avant tout de type « structurel ». Celles-ci s'adressent à des troubles ou des pathologies de l'appareil musculosquelettique et locomoteur, en intervenant au niveau des causes immédiates de la manifestation douloureuse par un ensemble de manœuvres thérapeutiques. Elles s'inscrivent en cela dans la continuité des champs d'intervention de spécialités médicales telles que la rhumatologie, la rééducation fonctionnelle ou la médecine du sport. L'intervention sur d'autres niveaux de causes pourra être considéré, mais secondairement, en cas d'échec thérapeutique ou en cas de récurrences, par des praticiens formés à une ostéopathie « plus globale », en considérant un éventail plus large de causes possibles :

Les gens viennent me voir, en une séance je règle le problème, la phase aiguë est passée, c'est terminé. Ça veut pas dire qu'on a résolu tous les problèmes, parce qu'on aura peut être pas traité l'élément qui est la cause de ces rechutes, c'est possible (...) Après dans un deuxième temps pour les équilibrer peut être qu'il faudra d'autres choses, notamment crânio-sacrée ou autre chose, aller chercher en viscéral ce qui se passe ou regarder effectivement la raideur de la cheville qui peut être un élément qui perturbe le système et qui fait que les gens rechutent régulièrement.

Gilles Oxley

Ce qu'exprime ce praticien, c'est l'existence d'une complémentarité entre deux systèmes de compréhension différents, qui mettent pourtant en œuvre des techniques similaires. En mobilisant différentes recherches de la causalité, différentes manières de comprendre un problème nullement incompatibles, deux systèmes de compréhension différents sont en somme perçus comme capables d'aboutir à des résultats concluants. Ensuite, l'ostéopathie pratiquée dans le cadre médical n'est pas qu'une « importation » de techniques provenant d'un foyer originel, même s'il y a reprise et adaptation de techniques en provenance du « champ exclusif », comme nous allons le voir. L'ostéopathie est véritablement investie par un certain nombre de médecins qui s'attachent à la développer dans un cadre à la fois médical et scientifique. Les figures des docteurs Lavezarri, Robert

Maigne puis son fils Jean-Yves Maigne sont les plus fréquemment cités. Ils ont mis au point des outils et des techniques destinés à intervenir dans le traitement de pathologies précises. Ces derniers ont un but curatif, orientés sur une symptomatologie particulière là où une ostéopathie exclusive vise un équilibre général du corps humain. Il est intéressant de souligner la terminologie employée pour qualifier ce courant thérapeutique. Après « ostéopathes » qui est le vocable d'origine inventé par Still, ces médecins se disent « ostéothérapeutes » puis « vertébrothérapeutes », ce qui met l'accent sur l'orientation structurelle de leurs travaux. Plus tard, on parlera de « médecine manuelle » et de médecine « musculosquelettique », les adjectifs insistant cette fois sur l'affiliation de la technique ostéopathique à la discipline plus générale que représente la médecine. Le vocabulaire n'est pas innocent, il qualifie à la fois l'orientation de la pratique tout comme il permet de prendre des distances avec l'ostéopathie des débuts. Certains praticiens nous ont fait remarquer que « *on ne peut pas reciter Still 110 ans en arrière* », et d'insister sur le contexte médical archaïque dans lequel il a développé sa méthode : « *il était plus efficace que les médecins de son époque qui eux, étaient franchement dangereux (...) il a amené ce concept là à son époque (...) on savait pas que c'était des microbes qui intervenaient* » Le terme « ostéopathie » n'a été par la suite « récupéré » qu'au moment de la sortie de la loi en 2002, pour revendiquer une filiation et une continuité avec l'ostéopathie des débuts :

On voulait pas rester en dehors de l'ostéopathie, parce qu'on percevait bien que ce mot est arrivé tout doucement, c'est quand même assez commun au niveau mondial et puis en Europe l'ostéopathie, ça représentait vraiment quelque chose (...) Ce qu'on pratique, c'est vraiment de l'ostéopathie. C'est pas toujours du crânio-sacrée, du viscéral, mais c'est de l'ostéopathie (...) On a voulu à tout prix rattacher le terme ostéopathie à médecine manuelle, et on voulait le terme médecine parce qu'on est médecins... Gilles Oxley

Pour être acceptées, les techniques utilisées doivent être en mesure de se fondre dans le système de compréhension de leur culture d'accueil. Elles ne peuvent être assimilées que si elles sont appropriées et réinterprétées après avoir subi une épuration d'aspects non conformes. L'exemple de l'acupuncture cité plus haut est en cela illustratif du processus d'importation de techniques, développées dans un contexte étranger à la culture qui se les approprie. Les propos suivants du même praticien illustrent cette perspective :

Il y a des points qui sont connus pour détendre, d'autres qui agissent sur la douleur et qui sont expliqués scientifiquement de toute façon (...) Je fais un diagnostic clinique. Et voilà, je dis "je vous fais de l'acupuncture pour ça". Donc à ce moment là je pique les points que je sais efficaces dans tel ou tel type de... Xavier Lombart

Comme pour les techniques ostéopathiques, l'intégration de techniques d'acupuncture au sein de l'exercice médical dépend de leur capacité à être traduites dans les termes du langage qui lui est propre. Cette capacité d'intégration nous semble être une propriété stable des processus de montage entre les disciplines thérapeutiques. Les « pratiques » circulent, mais les systèmes de compréhension perdurent et imposent un travail de recomposition, traduction, réinterprétation de ces pratiques. Confrontées au cadre médical, ces pratiques, ou ces techniques, doivent être en mesure d'être appréhendée en termes scientifiques, dont la première particularité consiste sans doute de chercher à établir un lien de causalité entre un acte et son effet. Dans l'exemple précédemment cité, l'acupuncture est traduite en terme de « recettes », pour lesquelles on a pu mettre en évidence une relation fixe entre deux évènements : « *On a voulu réduire l'ostéopathie à des explications de phénomènes anatomiques et physiologiques qu'on connaissait à l'époque. On leur disait "voilà, ça marche comme ça"* » insiste Pierre Cohen. Le couple acte/résultat est ainsi reproduit pour lui-même, et pour des cas similaires, sans qu'intervienne une compréhension des modes d'action autre que fondée sur « *la démonstration rationnelle et la vérification expérimentale*²⁷. » L'influence du milieu est importante et exerce un contrôle sur la crédibilité des méthodes, définie par rapport aux critères de l' « evidence based medicine » :

*C'était dans un milieu très universitaire où si on n'amène pas des **preuves sérieuses, des preuves sensibles, compréhensibles** et tout, on n'admet pas les choses, on les rejette. Donc on a amené **que ça** et c'est la base de la médecine manuelle.* Pierre Cohen

*On nous a reconnu [Ordre, Académie] parce qu'on a amené des études médicales, des études très précises qui montrent l'efficacité des manipulations vertébrales. Notamment on l'a amené pour la lombalgie aiguë, **on a démontré sur 15 jours qu'on était au moins aussi efficace que des anti-inflammatoires.** (...) **Pour avoir une reconnaissance plus importante sur du viscéral, sur du crânien** (...) **il va falloir fournir des études comme ça.*** Gilles Oxley

*L'ostéopathie est un concept, d'accord oui, mais on aime bien l'evidence based medicine, pourquoi on aime bien ? Parce qu'au moins, on sait où on va, et puis on prend pas de risques. Alors, **c'est vrai que ça bat un peu en brèche les concepts...***
Baptiste Martinon

*Les médecins avaient, pour s'intégrer dans le système hospitalo-universitaire, **gommé de l'ostéopathie tout ce qui pouvait paraître un petit peu ésotérique** ou un*

²⁷ Cf. Louis-Marie Morfaux, *Vocabulaire de la philosophie et des sciences sociales*, Paris, Armand Colin, 1980, article « science » et « scientifique ».

*peu magique et en avaient **gardé l'aspect mécanique**. Pierre Cohen*

*C'est un grand débat, nous on l'a toujours enseignée (l'ostéopathie crânienne et viscérale), on continue à l'enseigner **en mettant les bémols** qu'il faut de façon à être toujours... de pas être fumeux hein... Baptiste Martinon*

***On est limité pour faire des choses qui nous paraissent baroques, un peu magiques, on a tellement été prévenu de ça...** Antoine Olivieri*

Mais au-delà de l'influence du milieu universitaire, nous avons vu plus haut que les praticiens sont avant tout des hommes et des femmes « de terrain », non des universitaires. Cette caractéristique leur permet un certain détachement vis-à-vis de la « théorie » ou de la validité scientifique des méthodes mises en application. Même si ces derniers aiment bien « comprendre » ce qu'ils font dans la continuité du mode de compréhension qu'ils ont acquis, l'attrait du résultat est souvent plus important que les mises en garde universitaires contre des théories considérées de « fumeuses », « ésotériques », etc. On trouve ainsi à tout un éventail de positions par rapport à certaines techniques qui, même si elles reposent sur des connaissances médicales, nécessitent dans leur mise en œuvre le recours au « concept ostéopathique ». Ce dernier se traduit sous la forme d'un ensemble de théories qui, d'un point de vue scientifique, sont au stade d'hypothèses, permettant d'expliquer et de caractériser des modes d'action ou des états pathologiques. Ces techniques font partie des « courants » de l'ostéopathie autre que « structurelle », comme le viscéral, le crânien, le fluidique et quelques autres. Le premier concerne l'action que l'on peut avoir sur les viscères comme on l'a vu plus haut ; le second est un ensemble de techniques, plutôt controversées en même temps qu'admirees, qui reposent sur l'hypothèse de la mobilité des os du crâne. De la même manière, le principe de traitement consiste à désarmer des tensions et à restaurer leur mobilité, dont la correction doit engendrer un effet positif sur l'immunité générale ou sur un problème diagnostiqué. Le troisième englobe les techniques qui consistent à agir sur la circulation des différents liquides présents dans le corps. Nous renvoyons à la liste des techniques évoquées plus haut.

La position des spécialistes évolue généralement d'une position de méfiance accrue au sortir de l'université et de leur premières formations en ostéopathie, qui sont généralement à dominante structurelle, à une position d'ouverture et de curiosité. Les spécialistes interrogés, qui exercent tous depuis de nombreuses années, ne se cantonnent pas, en effet, aux techniques officiellement reconnues par la profession (Académie de médecine, Ordre des médecins, Université). Ils s'aventurent alors sur un terrain qui peut les amener à

rejoindre les principes d'une ostéopathie exclusive, à mobiliser son propre système de compréhension. L'évolution vers cet autre versant de la pratique comprend plusieurs étapes, qui peuvent être appréhendées à partir des éléments mis en relief dans la première partie (*Des ponts vers la pratique, De la découverte au choix : la construction du sens*). D'autres éléments interviennent également, comme l'évolution de la structure de l'enseignement, nous en reparlerons dans la troisième partie. Il est intéressant de considérer une position intermédiaire qui consiste à pratiquer une ostéopathie « spécialisée », tout en intégrant peu à peu l'éventail des techniques non officielles. Sans recours possible au système de compréhension scientifique, sans non plus adopter les théories ostéopathiques, le résultat des procédés utilisés qui semblent alors relever de la magie²⁸. Gilles Oxley nous parlait d'ostéopathie « involontaire » pour des effets des techniques dites crânio-sacrée échappant au système de compréhension acquis durant sa formation. Plus loin, il nous racontait la surprise provoquée par la mise en œuvre de techniques qualifiées de « non manipulatives », pour marquer la distinction avec les manœuvres structurelles :

Dans une consultation où vous mettez les mains sur le crâne d'un patient, il y a un contact inimaginable. Je sais pas si on vous a déjà fait ça mais quand vous avez une main thérapeutique sur la tête, c'est incroyable... les patients sont bien, ils se détendent totalement, ils ferment les yeux, c'est inimaginable hein (...) S'ils venaient dans nos cabinets [d'autres médecins], ils seraient assez étonnés de se qu'on fait (...) C'est-à-dire que vous pouvez faire du bien au patient sans savoir du tout ce que vous faites. Ça laisse perplexe hein vous savez quand on fait ça au début, suivant les méthodes qu'on apprend, on pose les mains sur les crânes de nos collègues et puis on essaie de sentir des choses, on sait pas ce qu'on sent, on fait ce qu'on sent et puis on nous dit « oui, c'est intéressant, etc. » on apprend comme ça.

Le rapport à la compréhension non scientifique du mode d'action est lui aussi intéressant. Sans même que le même praticien souscrive à celui-ci, elle est néanmoins habilitée pour son rôle nécessaire pour une mise en œuvre pratique. L'efficacité prend le pas sur la connaissance :

*Il y a toute une construction théorique là-dessus qui dit que les os du crâne bougent d'une certaine façon, que c'est lié à des phases d'absorption réabsorption du liquide céphalorachidien, ça, on a démontré que c'est pas vrai (...) Mais c'est la conception qu'on nous a transmise **mais enfin ça nous aide à comprendre** ce qui se passe, ça permet de comprendre un peu mieux et comment on peut traiter (...) **Hahaha !** Comment voulez-vous discuter avec un scientifique avec des éléments comme ça ? Il vous rie au nez. Donc si on pouvait amener des résultats, il pourrait dire « vos théories sont vraiment fumeuses, par contre vous présentez une étude très sérieuse,*

²⁸ Magie : Art de produire, par des procédés occultes, des phénomènes inexplicables. Le Petit Robert, 1993.

rigoureuse qui nous amène à penser que vos techniques sont efficaces dans les cas qui ont été examinés. » Gilles Oxley

Pour terminer sur ce point, nous pouvons retenir que le développement de l'ostéopathie dans le domaine médical comporte deux directions. Le premier est « conforme » et conformé à la culture de soin médicale. Le deuxième s'oriente davantage, dans la poursuite d'objectifs pragmatiques, vers une ostéopathie de type exclusif, pour reprendre la définition que nous avons adoptée plus haut. Une orientation de ce type tend à devenir la norme, nous le verrons, notamment à travers l'évolution de la structure de l'enseignement en ostéopathie destinée aux médecins. Malgré l'adoption progressive d'un système de compréhension qui met en œuvre des outils pas toujours validés de manière scientifique, l'ostéopathie n'acquiert pas pour autant un statut autonome dans le domaine médical. A aucun moment, il ne sera question de rupture avec la culture endémique. Nous examinerons ce point à travers la manière dont ces praticiens pensent l'organisation des soins et la délimitation des compétences.

1.3.3. La cohabitation

Une dernière figure des usages de l'ostéopathie est celle de la cohabitation. Elle consiste pour le praticien à exercer séparément deux exercices. Il fait appel à l'un ou à l'autre, selon la spécificité des cas rencontrés et parfois selon le lieu d'exercice car de nombreux praticiens exercent dans des lieux séparés. Les deux exercices ont, d'après la définition que nous en avons donné, un statut d'autonomie l'un par rapport à l'autre, chacun requérant son propre système de compréhension. Cette figure des usages est donc à comprendre sur le mode de la *cumulation des compétences*, que le praticien appréhende dans leur incommensurabilité. Celles-ci lui apparaissent alors à la fois distinctes et complémentaires. Nous avons vu plus haut de quelle manière la pratique de certains praticiens spécialistes pouvait tendre à se rapprocher d'un usage de l'ostéopathie en cohabitation, lorsque ceux-ci font appel à des concepts incompatibles avec leur système de compréhension d'origine. Cette proximité nous permet de souligner l'absence de frontières formelles entre les différents types d'usages.

Nous voudrions maintenant dire quelques mots à propos des kinésithérapeutes, dont nous avons encore peu parlé. Certains d'entre eux exercent l'ostéopathie « en cohabitation », pour un ensemble de raisons que l'on peut mettre en relation à la fois avec la nature de leur

formation en ostéopathie, nous l'avons vu, et celle de leur profession. Ces praticiens, qui ne mélangent pas les deux exercices en faisant souvent le choix de les séparer en deux cabinets distincts, insistent en premier lieu sur la différence des indications qui réside entre la kinésithérapie et l'ostéopathie. La première est avant tout orientée sur la rééducation, la seconde sur la modification de schémas comportementaux. La kinésithérapie est ensuite une thérapie prescrite. Les praticiens sont ainsi en charge d'exécuter une ordonnance et un traitement déterminés par un médecin, de la part de qui leur viennent leurs patients. Quelle est alors la place de l'ostéopathie dans une telle configuration ? Le praticien a le choix entre une double alternative. Celle d'inclure dans le cadre des séances prescrites quelques manœuvres ostéopathiques, considérés comme des « *petits plus* » mais non comme un « *traitement ostéopathique* », selon le témoignage d'un praticien. Nous sommes ainsi dans le cadre de la spécialisation. Celle ensuite de faire de l'ostéopathie un exercice à part, que le praticien pratique en dehors des séances prescrites, ou en opérant le choix explicite d'utiliser l'une ou l'autre, selon les cas rencontrés. Sur le terrain, il arrive que le médecin fasse confiance au kinésithérapeute et soit complice d'un type de pratique que d'autres considèrent comme un « *détournement d'ordonnance et un détournement de remboursement de la Sécurité sociale* », comme nous l'a confié un médecin ostéopathe.

Partie II. Penser les limites. Les compétences et l'organisation du système de soin

Dans la partie précédente, nous avons vu de quelle façon les praticiens construisaient un rapport particulier à l'ostéopathie. Nous avons étudié les différentes étapes de cette construction sous l'angle de leur parcours, compris au sens large, fait d'un cursus d'enseignement souvent pluriel, de rencontres diverses, d'un exercice de terrain qui met à l'épreuve les acquis de la formation et combine des pratiques potentiellement hétérogènes. En intervenant sur la manière dont les praticiens perçoivent leur exercice, ces différents éléments ont la capacité d'influer profondément sur leur trajectoire professionnelle. Ils donnent par ailleurs lieu à des configurations variées, mais traversées par des lignes de force communes, laissant émerger plusieurs profils d'exercice particuliers.

Dans cette deuxième partie, nous explorerons la question des limites. Nous verrons de quelle manière les praticiens pensent la place de l'ostéopathie dans l'organisation du système de soin¹ et la limite des compétences de chacun. Nous envisagerons cette question à la fois du point de vue des éléments que les praticiens mobilisent pour légitimer le statut auquel ils aspirent et qu'ils entendent faire reconnaître, et du point de vue de l'espace de la critique, qui permet de souligner, en creux, leur rapport aux autres disciplines et leur place dans l'organisation du système de soin. La question des limites permet une approche plus globale car elle permet de penser l'organisation, l'articulation ainsi que la hiérarchisation des différentes dimensions d'une culture de soin par rapport à d'une autre. L'ensemble des éléments considérés dans cette partie nous amène à dégager les contours de deux cultures ostéopathiques distinctes, au sein desquelles s'insèrent les profils précédemment évoqués. La première est corrélative de la culture médicale « classique » – la biomédecine² – et

¹ Par système de soin, nous désignons la structure à l'intérieur de laquelle s'organise la prise en charge du patient, selon les caractéristiques de son trouble. Nous désignons invariablement le système de soin établi et dont la légitimité est fondée sur le droit, et un autre système de soin, tel qu'il peut être imaginé, correspondant alors à des perspectives politiques soutenues par différents acteurs.

² Nous empruntons ce terme à J. Benoist pour qui il désigne la médecine dite « biologique » enseignée dans les facultés de médecine et exercée à l'hôpital : « Considérant les maladies comme le résultat de perturbations biologiques dues à des agressions externes ou à des dysfonctionnement internes, elle oriente ses recherches et son action vers le corps conçu comme une entité naturelle, liée biologiquement à l'environnement et que les actions peuvent influencer dans le sens de la maladie ou de la restauration de la santé ». Cf. J. Benoist, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF, 1993, pp.78.

correspond à ce que l'on peut considérer comme une spécialisation médicale³. La seconde représente l'émergence d'une véritable profession médicale, au sens de Freidson⁴, qui se constitue de manière autonome, spécifique et complémentaire à la biomédecine. Nous considérerons également l'existence d'une troisième culture, formule hybride d'une frange de kinésithérapeutes qui oscillent entre les deux premières.

2.1. La dimension morale du travail politique

Nous avons vu dans la partie précédente que les conditions de découverte, la formation et les usages de l'ostéopathie pouvaient donner lieu à des variations dans le parcours du médecin ostéopathe. Malgré ces variations, et derrière celles-ci, les praticiens interrogés invoquent unanimement un ultime recours à la formation médicale, comme mode de légitimation et condition de la pratique ostéopathique. Comment comprendre et analyser ce recours à la formation initiale, de la part de ces praticiens qui se déclarent médecins avant d'être ostéopathes ? En souscrivant au modèle développé par Luc Boltanski et Laurent Thévenot dans les économies de la grandeur⁵, on pourrait être tenté d'identifier derrière ce recours un argumentaire de légitimation construit autour de plusieurs « *Cités* ». L'un des enjeux de leur modèle théorique est de prendre des distances avec l'idée selon laquelle « *toutes les relations entre les hommes seraient régies uniquement par des rapports de force et d'intérêt*⁶ », en réhabilitant, dans le discours des acteurs, la place des exigences de justice et des exigences morales. Conformément à ces auteurs, nous adhérons au fait que la justice, et donc la légitimité des actions, repose sur un principe d'égalité dans les distributions, qui ne peut être conçue de manière arithmétique. Ces deux entités, la justice et la légitimité, renvoient ainsi à une valeur relative, un étalon, une mesure, que les auteurs assimilent à un *principe d'équivalence*. Ils avancent l'hypothèse qu'il existe une pluralité de principes d'équivalence – appelés aussi principes supérieurs communs – mais pas une infinité. Ces principes sont situés historiquement, c'est-à-dire qu'ils ne sont ni contingents, ni universaux,

³ Il faut comprendre cette notion de spécialisation sous un autre angle que celui où nous l'avons abordé plus haut. Cantonnée à l'espace confidentiel du cabinet du praticien au sens où nous l'entendions plus haut, elle renvoie ici à l'organisation politique des soins où la spécialisation représente l'assignation de la discipline à l'autorité administrative et morale de la médecine.

⁴ Eliot Freidson, *La profession médicale*, op. cit.

⁵ Luc Boltanski et Laurent Thévenot, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.

⁶ Cécile Blondeau et Jean-Christophe Sevin, « Entretien avec Luc Boltanski, une sociologie toujours mise à l'épreuve », in : *ethnographiques.org*, Numéro 5 - avril 2004.

ils sont marqués à la fois par une époque et par une culture. Ils permettent d'identifier et de qualifier des situations, des êtres (humains et non humains), sur une échelle de la grandeur (état de grand, état de petit). Luc Boltanski et Laurent Thévenot en identifient six, qui donnent lieu à ce qu'ils nomment des « Cités », différents systèmes de compréhension, ou modèles théorisés d'idéaux, qui permettent de distinguer l'ordre légitime de l'illégitime. Dans ce modèle et par rapport au sujet qui nous occupe, on peut comprendre le recours des médecins à leur formation initiale comme l'articulation entre trois Cités : la Cité industrielle, où l'état de grand est mesuré par l'efficacité ; la Cité domestique, où l'état de grand dépend d'une position dans une hiérarchie instituée ; et la Cité civique, où l'état de grand s'organise sur un principe de bien commun en renoncement au bien particulier. Nous développerons quelques points de cette partie en relation avec le modèle proposé.

Cependant, celui-ci répond à une axiomatique très précise dont chaque Cité représente un ensemble intégré, homogène et stabilisé. Il autorise des possibilités de montages entre les Cités – qui représente par ailleurs la possibilité du changement – mais de manière assez limitée et sous la forme du compromis, soit une idée de tension inhérente. Nous soutiendrons plutôt que les acteurs sont en mesure de mobiliser différents types de ressources selon des logiques très différentes, appartenant à différents mondes si l'on reste dans le cadre des Economies de la grandeur, sans qu'ils ne perçoivent de contradictions dans leurs options. Au contraire, la multiplicité des recours permet de créer le ciment d'une légitimité établie dans plusieurs mondes. Nous nous rapprocherons alors d'une sociologie des *régimes d'action*⁷. Dans la continuité du modèle des Cités, nous conserverons tout d'abord l'idée que les formes de l'argumentation (et de la critique) se rapportent avant tout à des modèles de justice partagés, auxquels les individus ont la possibilité de se référer, plutôt qu'à des « valeurs » étant davantage l'apanage de groupes particuliers, selon la distinction qu'ils établissent. Nous reprendrons ainsi l'idée d'un modèle de compétence partagé par les différents acteurs du monde de l'ostéopathie. Mais plutôt que de postuler le recours quelque peu rigoureux, complexe et contraignant à un idéal théorisé du bien commun, nous privilégierons l'idée selon laquelle chaque acteur fait référence à un ensemble de *biens en soi*, en nombre limité, autour desquels il organise et construit son action, qui prend forme dans des *arènes* spécifiques et selon des modalités différentes. Ces biens en soi sont des

⁷ Cf. à ce propos Nicolas Dodier, « L'espace et le mouvement du sens critique », *Annales HSS*, n°1, janvier-février 2005, également « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, n°62, 1993.

idées, des objectifs, des perspectives estimés dignes d'être poursuivis en tant que tels, auxquels on accorde une certaine importance. En tant que tels, ils représentent bien souvent l'ultime référence invoqué au-delà d'arguments davantage pragmatique. Ils permettent, dans le même ordre d'idée, de dépasser la perspective de l'action purement stratégique, régies par des fins en soi, des intérêts privés⁸. Nous n'écartons pas cette dernière mais nous nous concentrons sur la dimension morale de l'action⁹, plus prompte à dégager un panorama global des différentes dimensions des mondes de l'ostéopathie. Dans le cadre de notre étude, nous serons amené à distinguer deux biens principaux : l'*efficacité* et la *sécurité*. Ils représentent les références permanentes et les impératifs moraux qui sous-tendent les actions de nos praticiens. Ils ne vont pas pour autant jusqu'à donner lieu à des constructions aussi théorisées que les Cités. L'action se construit et se polarise autour de ces deux biens, dans des combinatoires et des formes particulières qu'il convient d'analyser. Nous nous proposons pour cela de reprendre à notre compte le cadre d'analyse employé par Nicolas Dodier dans les *Leçons politiques*¹⁰, qui s'inscrit dans cette perspective théorique et développe un certain nombre de concepts qui nous seront utiles pour rendre compte des mouvements du monde de l'ostéopathie.

Dans le cadre des *Leçons politiques*, la référence aux biens en soi permet à la fois d'interroger et d'établir la légitimité des pouvoirs. Le pouvoir est ici compris au sens large, c'est-à-dire comme une marge d'initiative conférée à certaines personnes ou certains dispositifs, qui sont représentés ici par les différentes associations socioprofessionnelles et, dans le domaine institutionnel, par les organes de contrôle de la profession médicale. L'action entreprise dans le but d'interroger les pouvoirs, de les organiser et de les attribuer est appelé *travail politique*. Dans cette partie de notre travail, l'analyse portera précisément sur les dimensions de ce travail politique, que nous décomposerons en deux parties. Cette partie (partie II) traite du travail de légitimation entrepris par les praticiens, qui consiste à mobiliser un certain nombre d'éléments présents dans leurs univers respectifs. Pour

⁸ Le concept d' « évaluation forte » de Philippe de Lara peut-être agrégé et à même de compléter cette définition de biens qui sont davantage que de simples préférences : « *Je parle d'évaluation forte au sens fort pour distinguer le cas où les biens que nous cherchons à identifier ne sont pas considérés comme bons du fait que nous les désirons mais, au contraire, constituent des normes pour le désir.* » Philippe de Lara, « L'anthropologie philosophique de Charles Taylor », Introduction à Charles Taylor, *La liberté des modernes*, Paris, PUF, 1997.

⁹ Philippe Corcuff montre que l'un des intérêts de la sociologie des régimes d'action est de prendre en compte la complexité de la vie sociale à partir des aspérités du réel et d'un cadre interprétatif minimal, contre des « sociologies bulldozers » qui rabattent tout sur un même plan. Cf. Philippe Corcuff, « Justification, stratégie et compassion... », *op. cit.*

¹⁰ Nicolas Dodier, *Leçons politiques...*, *op. cit.*

conserver le vocabulaire de la sociologie pragmatique, il s'agit de la conversion d'un ensemble d'éléments en *appuis normatifs*¹¹, constitués en tant que tels lors d'*épreuves* antérieures, des moments destinés à qualifier ou requalifier les dispositifs de pouvoirs autour de questions saillantes. Il y a d'autre part, ce sera l'objet de la troisième partie, le travail qui consiste à créer de nouvelles épreuves, soit en introduisant de nouveaux biens, de nouveaux éléments, ou plus simplement en construisant différemment le monde dans lequel évoluent les acteurs (réagencement des pouvoirs, requalification des êtres du monde : biens en soi, dispositifs, personnes, objets, etc.). Nous serons ainsi amené à parler d'un travail de définition, voire de conflits de définition. Le travail politique que mettent en œuvre les acteurs comportent des reliefs variés et s'établit en différents espaces, appelés *arènes*¹², dont la nature n'impose pas les mêmes règles du jeu¹³. Dans la sociologie politique de Nicolas Dodier, l'unité élémentaire d'analyse réside dans la prise de position, c'est-à-dire l'expression publique d'un jugement. Celle-ci permet ensuite de faire le lien avec la dimension cognitive ou épistémique de ces expressions, et de faire apparaître des *options politiques*, manière dont les acteurs identifient et agencent un ensemble de pouvoirs, et des *formes politiques*, qui représentent des modèles davantage stabilisés et homogénéisés des pouvoirs. Ces dernières sont hiérarchiquement supérieures aux options politiques et correspondent à ce que nous appelons ici « culture de soin », dans leur dimension politique. Elles peuvent être considérées de ce point de vue comme un spectre de dispositifs et d'« instances » (entités à qui l'on confère un certain nombre d'initiatives) qui agissent selon une même direction.

Nous nous proposons d'analyser l'espace dans lequel se déploie le travail politique de nos acteurs, et les questions saillantes autour desquelles il s'organise. Sur quoi repose l'agencement légitime des pouvoirs ? de quelle manière est-il interrogé ? de quelle manière les différentes options politiques évoluent, se renforcent pour donner lieu à deux formes

¹¹ Par appuis normatifs, nous entendrons l'ensemble des éléments, quelle que soit leur nature, que mobilisent les acteurs afin de déterminer le « sens du juste », de la norme, de la valeur. Il s'agit bien en cela d'une démarche active et réflexive, de l'acteur vers le monde qui l'entoure, d'une attribution de *sens*.

¹² Nicolas Dodier attribuent deux propriétés à ces arènes : une homogénéité technique (même support, même format) ; une homogénéité sociologique (contraintes et ressources a priori similaires pour tous les acteurs). Cf. *Leçons politiques...*, *op. cit.*

¹³ Francis Chateauraynaud propose à ce sujet une grammaire de lecture des différentes arènes dans lesquelles circulent les arguments, de la conversation publique au débat public, et leur condition de circulation, c'est-à-dire l'identification de la nature des contraintes et des ressources qui pèsent sur l'argumentation. Cf. Francis Chateauraynaud « La contrainte argumentative. Les formes de l'argumentation entre cadres délibératifs et puissances d'expression politiques », soumis pour publication à la *Revue Européenne des Sciences Sociales*, septembre 2005.

politiques principales, deux cultures de soin autonomes ? Voici les questions qui guident ce travail. Nous avons vu de quelle manière les praticiens se dotaient d'une culture professionnelle, nous allons voir de quelle manière ils la mobilisent et lui donnent du sens (partie II), puis l'investissent afin de créer les conditions de son évolution (partie III). Ces deux prochaines parties permettent d'aborder la notion de légitimité à la fois d'un point de vue *réflexif* (ce sur quoi l'on s'appuie, ce qui fait autorité) et d'un point de vue *prospectif* (construire les conditions de la légitimité).

2.2. L'ostéopathie comme spécialisation médicale

Dans le discours des médecins ostéopathes, et bien que les deux biens en soi dont nous avons parlé sont présents, la sécurité détient une nette primauté sur l'efficacité. Qu'est-ce à dire ? Que la sécurité est plus importante aux yeux des médecins que l'efficacité ? On ne peut aller jusque là. Nous avancerons l'idée que cette hiérarchisation est due à l'orientation des controverses autour de l'ostéopathie, qui s'organise autour de la question de la légitimité d'une ostéopathie pratiquée par des non médecins. Et ce que les médecins mettent en doute, c'est la capacité des non médecins à garantir la sécurité des patients. Cette mise en doute recouvre deux dimensions rhétoriques classiques, dont nous présupposerons qu'elles constituent les propriétés stables des discours de légitimité. Ces deux dimensions sont d'une part la critique, la contestation ou la réfutation d'un modèle considéré comme adverse ; d'autre part un retour sur ses propres appuis normatifs développés lors d'épreuves antérieures. Ces deux dimensions permettent d'observer à la fois en « positif » comme en « négatif » la manière dont les acteurs se dotent d'une identité, se perçoivent au sein de leur propre univers, attribuent un sens à leur action. Les prises de position des médecins s'organise principalement autour de deux aspects : la référence à la compétence diagnostique (partie 2.2.1.) et la référence au droit, à la légalité (partie 2.2.2.). Au-delà de ces deux aspects principaux, on trouvera surtout des éléments de la critique, que nous aborderons au travers de la manière dont les médecins envisagent la place de l'ostéopathie dans le système de soin.

2.2.1. L'habilitation à la prise en charge du patient : La formation universitaire et la compétence diagnostique du médecin

Dans le discours des médecins, la question qui ressort avec le plus de vigueur et de clarté, la plus ardemment défendue, est celle de la compétence diagnostique du médecin. Le champ médical est particulièrement consensuel autour de cette question si l'on en juge de l'ensemble des matériaux considérés. Cette compétence est à la fois irremplaçable et incontournable pour une « *bonne* » pratique de l'ostéopathie. Elle représente pour les patients une garantie en terme de *sécurité*. Selon ces termes, l'ostéopathie en tant qu'exercice est avant tout reconnue pour sa capacité à intervenir « *là où la médecine ne pouvait rien apporter* », c'est-à-dire pour son efficacité. Ce fait indique une idée de complémentarité qui n'est pas pensée en terme d'autonomie réciproque. L'ostéopathie est synonyme d'efficacité thérapeutique, la médecine, de sécurité. La première ne peut s'affranchir du recours à la seconde pour garantir les deux objectifs d'efficacité et de sécurité. C'est la raison pour laquelle nous parlerons de *spécialisation médicale*, dans le sens du développement d'un espace spécifique de compétences. Même si celui-ci recouvre les mêmes caractéristiques d'une spécialité médicale, au sens institutionnel du terme, il ne représente jusqu'à présent qu'une compétence ou une capacité, au même titre que l'homéopathie ou l'acupuncture. Compétence reconnue par l'Académie de médecine puis par le Conseil de l'Ordre des médecins en 1997 et 1998.

Le vocabulaire utilisé par les médecins pour se présenter est sans équivoque. Il témoigne de la place accordée à l'ostéopathie. Tous se déclarent volontiers « *médecins ostéopathes* » et parlent de « *médecine ostéopathique* ». L'ostéopathie apparaissant ainsi comme qualificatif, comme pour insister sur le fait qu'ils sont médecins avant d'être ostéopathes. A l'inverse, l'ostéopathie « exclusive », c'est-à-dire non médicale, apparaît comme facteur de légitimité du point de vue des praticiens non médecin dans la mesure où elle leur permet d'insister sur la notion de globalité qui la caractérise, à la différence de l'ostéopathie médicale. Mais nous reviendrons sur ces aspects.

Sur un autre plan, nous avons déjà indiqué la présence de deux types d'exercice dans le milieu médical. La spécialisation à l'œuvre permet donc leur développement selon deux directions distinctes. La première donne lieu au développement de nouvelles méthodes ostéopathiques, avant tout orientée sur la dimension structurelle. Les médecins parlent alors

de « *médecine manuelle* », « *orthopédique* » de « *vertébrothérapie* » ou d' « *ostéothérapie* ». La seconde direction représente davantage un ***processus d'acculturation***¹⁴ d'une ostéopathie développée en dehors du milieu médical. Nous avons évoqué cet aspect dans la partie précédente.

Ensuite, la référence à la formation universitaire et à la compétence diagnostique est corrélée à la question de la prise en charge du patient. Pour les médecins ostéopathes, ce qui apparaît problématique tient moins à la délégation des soins et du traitement à des professionnels non médecins, qu'à la délégation de la « ***première intention*** », revendiquée par leurs homologues non médecins. La prise en charge du patient en première intention consiste pour le praticien à assumer l'expertise des maux du patient, c'est-à-dire à déterminer la nature d'une symptomatologie, d'identifier le phénomène pathologique et de décider par la suite du traitement approprié. Selon les médecins, ce rôle ne peut être dévolu à des personnes n'ayant pas suivie une formation médicale jugée « *irremplaçable* », « *longue* », « *rigoureuse* », de « *haut niveau* ». La référence à celle-ci s'organise autour de deux aspects : l'acquisition d'une connaissance théorique « *actualisée* » de toutes les matières médicales ; l' « *expérience du malade* », par la fréquentation assidue des services hospitaliers et l'accumulation des cas considérés : « *En huit ou neuf années de médecine, on va voir des malades tout le temps, sans arrêt* » nous confiait un praticien. Nous verrons plus loin qu'en plus de la formation universitaire, l'argument de la compétence diagnostique est étayé sur une base juridique. Elle est à la fois nécessaire pour identifier la nature du phénomène pathologique et décider du traitement à mettre en œuvre. Mais avant tout, l'enjeu est de ne pas effectuer d'erreur d'appréciation, qui risquerait d'entraîner un retard de traitement et une perte de chances pour le patient, en cas de pathologie grave. Le point d'orgue de l'argumentaire développé par les médecins tient au fait que l'importance de la pathologie peut ne pas être manifeste. Seul le regard avisé et exercé du médecin peut alors être en mesure de garantir la rigueur du diagnostic. Un praticien insiste sur le fait que, d'un point de vue théorique, « *il faut connaître toute la pathologie, sinon, vous ne pouvez pas éliminer une pathologie que vous ne connaissez pas.* » Mais la formation théorique, dont se

¹⁴ Il ne nous semble pas inadéquat de parler ici d'acculturation à propos d'une entité « non humaine » pour un terme qui s'applique habituellement à des groupes humains. Il s'agit bien en effet d'un processus d'intégration et d'assimilation, par contact direct et prolongé, d'un « esprit », de techniques, de méthodes de soin à ce que nous appréhendons comme une « culture médicale ». Cf. article « *acculturation* », in : Louis-Marie Morfaux, *Vocabulaire de la philosophie et des Sciences Humaines*, Paris, Armand Colin, 1980.

revendiquent les non médecins¹⁵, est jugée insuffisante sans la dimension pratique de l'enseignement :

La théorie, vous, vous pouvez l'apprendre dans un bouquin, moi je vous donne des bouquins, si vous potassez bien, en un an, vous l'aurez le diagnostic, mais si vous n'avez jamais pratiqué, ça ne vous servira à rien, vous n'aurez pas le petit côté... l'expérience. Pierre Cohen

La spécificité de la formation du médecin repose sur une longue initiation pratique acquise dans les services hospitaliers– l'internat – afin de confronter les futurs médecins à des patients présentant des pathologies « lourdes », sous la supervision de leurs aînés. Ils sont tout d'abord en simple observation, à suivre les médecins au chevet des malades, avant que leur soient progressivement déléguées davantage de responsabilités (jusqu'à leur confier la prise en charge complète des malades, sous la responsabilité et le contrôle du chef de clinique). Les paroles de ce médecin témoignent de la spécificité de ce parcours :

Quand vous êtes à l'hôpital, vous voyez passer sans arrêt des malades, des vrais malades, et nous médecins, on a des stages à l'hôpital et des stages chez le praticien également. Actuellement il y a quasiment trois années où on exerce comme résident ou comme interne et quand même, c'est une formation qui est irremplaçable pour faire du diagnostic. On en fait par des médecins seniors et ça, c'est irremplaçable... et on sait tous combien on n'était pas très bons. Et nous dans nos cabinets, on fait régulièrement des diagnostics qui sont pas négligeables avec quand même des cancers, des trucs osseux, des problèmes cardiaques, des problèmes pulmonaires, il y a pas longtemps j'ai eu une [inaudible] la personne venait pour des cervicalgies quand même... Gilles Oxley

Il va presque sans dire que cet argumentaire s'établit sur une base comparative entre la formation médicale et les formations ostéopathiques organisées dans les écoles à plein temps. La formation théorique est moins incriminée que la dimension pratique de l'enseignement. Pour une part, ils attribuent une certaine compétence aux malades à s'orienter dans le système de soin, en considérant que « la personne qui a un problème de peau, elle va chez le dermatologue » selon les termes d'un médecin. Il s'agit bien entendu, ici, d'une orientation effectuée en fonction d'une indication. De la même manière, un médecin ostéopathe nous rapportait une anecdote soulignant la délimitation des compétences de chaque praticien par le malade, non pas en fonction de l'indication, mais de la perception de la gravité de son affection :

¹⁵ Nous avons vu dans la première partie l'importance des matières médicales que comportent les programmes d'enseignement des écoles d'ostéopathie (formation initiale).

*Il vient me voir parce qu'il souffrait d'une sciatique depuis un moment, je l'interroge, je lui demande si ça lui était déjà arrivé, jamais à ce point là... je lui demande s'il a déjà eu des séances en ostéopathie, s'il a déjà été soigné comme ça, il me dit « ça fait longtemps, j'ai mon ostéopathe à Paris » sous-entendu qui n'est pas médecin « mais là, **je viens vous voir parce que là, je suis malade** » C'est-à-dire qu'il allait voir son ostéopathe avant pour le bien-être, peut-être pour le confort, parce qu'il avait un peu mal là, mais il ne se sentait pas malade. Là, il vient voir le médecin ostéopathe parce qu'il sentait qu'il avait une maladie, donc qu'il fallait peut-être aller voir un peu plus loin dans le diagnostic, faire des examens, des IRM, affiner un peu plus les choses... Pierre Cohen*

L'expérience du "mouton à cinq pattes"

Pour une part donc, les médecins reconnaissent cette compétence du patient à s'orienter. Le problème soulevé autour de cette compétence « *qui fonctionne*, selon un médecin, *dans la plupart des cas* » tient à la complexité des cas rencontrés. Cette complexité tient d'une part à la densité du vécu des malades : « *qui ont une plainte qu'ils vont exprimer, mais derrière cette plainte, il y a des difficultés psychologiques, des problèmes familiaux, des antécédents de maladies, d'opérations, etc.* » (Pierre Cohen) ; d'autre part à l'interprétation de la symptomatologie du patient. Tous les médecins interrogés font état de nombreux cas de diagnostics difficiles : « *des exemples de diagnostic, on en a tous des tonnes, on pourrait en recueillir à gogo, c'est un peu une tarte à la crème de notre métier* » (Pierre Cohen). S'il y a une levée de boucliers de la part des médecins autour de cette thématique, c'est également en réaction au projet de décrets soumis le 26 octobre 2006 par le ministère de la santé¹⁶. Celui-ci, en plus de permettre l'accès au titre d'ostéopathe après 2210 heures de formation, contre 5500 dans la plupart des écoles ostéopathiques de formation initiale, prévoyait en effet de limiter le champ d'intervention de l'ostéopathie aux « **troubles fonctionnels** », notion qui fait débat aussi bien dans les milieux médicaux que chez les non médecins. Elle est censée caractériser l'ensemble des troubles qui, ressentis de manière subjective, sont réversibles, et ne donnent pas lieu à une pathologie organisée. Les médecins mettent en garde contre la « fonctionnalité » de troubles qui peuvent dissimuler une pathologie plus grave sous une apparence anodine. Nous citons ces quelques anecdotes significatives, rapportées par nos interlocuteurs :

¹⁶ Cf. « Dissection d'un décret. L'analyse de Maître Isabelle Robart. Interview exclusive par Guy Roulier pour la Chambre Nationale d'Ostéopathie », le 26 octobre 2006. Cf. également les réactions des différents milieux sur le site de Jean-Louis Boutin qui a effectué un précieux travail de collecte à ce sujet : www.osteopathie-france.net.

*Dans ma famille... par alliance, il y avait un dentiste, je dis « il y avait » parce qu'il est décédé. Un jour ce dentiste me dit « vous savez, j'ai mal au dos, quand je suis au fauteuil, quand je m'occupe de mes malades, j'ai mal au dos ». Les dentistes sont toujours dans des positions acrobatiques, **c'est pas exceptionnel**. Il me dit « j'ai une douleur qui descend un peu dans la jambe ». **Je l'examine, rien de particulier**, je lui fais des radios, rien de particulier, des examens de sang... rien d'anormal. Je lui donne un traitement pendant quelques jours et je suis un peu étonné par l'importance des douleurs alors qu'on ne trouve rien sur les radios et rien dans les examens. Donc on lui a fait très rapidement une résonance magnétique, et sur l'imagerie par résonance magnétique, on a vu qu'il y avait des foyers cancéreux, c'était un grand fumeur qui n'avait pas de tumeurs visibles au niveau pulmonaire mais qui avait des métastases sur les vertèbres qui occasionnaient ces phénomènes douloureux. Avec une impossibilité... même après en revoyant les radios, impossible de voir quoi que ce soit. Donc là encore, **c'est parce que j'ai vu beaucoup beaucoup de malades** que je me suis dit « c'est un peu bizarre, c'est pas comme d'habitude » et avec cette simple impression de « pas comme d'habitude », on va plus loin. Si vous n'avez pas cette expérience de mouton à cinq pattes, si je puis dire, vous passez à côté...
Edouard Monneret*

***Je l'examine, je trouve pas grand-chose sur le plan ostéopathique** justement et puis je l'interroge un peu plus et là je me dis « c'est possible que ce soit une péricardite » parce que j'en ai vues pas mal pendant des années [...] **Je pense que si j'étais pas médecin, je passais à côté**. Même en connaissant la théorie, parce que c'est la question d'en avoir vu et vu et vu... Pierre Cohen*

*J'avais mis un interne qui était un interne de quatrième année, donc déjà en fin de cursus... arrive un garçon avec sa jeune femme, il dit « elle a mal à la tête » et le type le prend à la légère, pourquoi, j'en sais rien... ça c'est le mari qui est venu ensuite se plaindre et qui m'a dit ça « le médecin l'a à peine examiné, un mal à la tête, c'est rien... » **Tout juste s'il l'a pas engueulé de l'avoir dérangé pour un mal de tête**, et il voit rien, il la renvoie... le mal de tête dans la journée s'aggrave, on la transporte à la Salpêtrière, **c'était un hémorragie méningée**... Donc un monsieur qui avait passé des concours, qui était intellectuellement bien formé... mais qui était passé à côté, c'était un trouble « fonctionnel »... un « mal de tête »... Des exemples comme ça, ça vous fait un peu froid dans le dos hein. Donc c'est pourquoi dire « trouble fonctionnel », c'est facile... alors j'aurais pu dire « Monsieur, vous vous occupez aussi des troubles fonctionnels »... **s'il avait écouté un peu d'expérience** ce que disait la dame et son mari, **il se serait douté que c'était un mal de tête un peu spécial**... un peu plus intense que d'habitude, il se serait méfié... Edouard Monneret*

Nous avons déjà souligné qu'au regard de la formation qu'ils ont reçue, les médecins peuvent se montrer sceptiques à l'égard de techniques et de concepts qui ne répondent pas aux théories scientifiques en vigueur, ou qui n'ont pas fait l'objet d'une validation scientifique. Mais nous avons également vu que pour ces praticiens de terrain, qui ne se cantonnent pas aux laboratoires de recherche, l'ostéopathie avait aussi une valeur performative. Pour de nombreux praticiens, sa mise en œuvre peut revêtir un caractère expérimental, prospectif, tout comme peut l'être le recours à d'autres thérapeutiques non conventionnelles. Mais quelle que soit la tangibilité de l'efficacité de ces thérapeutiques ou

la compréhension de leurs principes d'action, les médecins mettent en avant cette capacité diagnostique qui répond au fameux article du serment d'Hippocrate « *Primum non nocere*¹⁷ » :

*Ce que j'exprime finalement c'est qu'il y a une recherche de capacité à traiter des pathologies fonctionnelles, des dysfonctionnement du corps et d'essayer d'équilibrer globalement le corps, mais **avant**, il y a un cursus de plus de dix années de formation sur de la pathologie, sur de la sémiologie, etc. (...) C'est en ça qu'on prétend aujourd'hui que l'ostéopathie, c'est une pratique.* Antoine Olivieri

*Quand [le patient] venait voir un ostéopathe médecin, il avait au moins une garantie, c'est qu'il était médecin, il avait fait ses neuf ans d'études de médecine, c'est quand même déjà une garantie. **Après**, sur le plan ostéopathique, il n'avait aucune garantie sur la formation ostéopathique.* Pierre Cohen

Les propos de ces deux médecins expriment bien ce que nous avons évoqué au début de cette partie. La sécurité du patient, mise en relation avec la garantie que représente la formation médicale, prime sur l'efficacité, rôle incarné par la pratique ostéopathique. La tension entre ces deux notions et la prévalence de l'une d'elle ressort nettement à travers l'utilisation des adverbes avant/après, qui sous-tendent une polarisation en deux pôles respectifs, dissociés. Nous reviendrons plus loin sur la lecture que l'on peut faire de cette dissociation.

2.2.2. Les droits et les devoirs

Est-ce qu'aujourd'hui, alors qu'on est dans une médecine par les preuves, une médecine extrêmement contrôlée, avec des formations médicale continue, on va accepter que des groupes de non médecins pratiquent la médecine, se prétendant l'équivalent des médecins sans en avoir les devoirs ? Antoine Olivieri

En tant que profession institutionnalisée¹⁸, la médecine comporte un ensemble de règles de fonctionnement qui organisent et régulent à la fois l'enseignement et la pratique. Elle détient une autonomie normative et une reconnaissance légale, qui se traduisent, au niveau interne, par un contrôle autonome (au sens large) de la profession, et au niveau externe, par un ensemble de règles juridiques qui se portent garantes des pouvoirs conférés à

¹⁷ *Primum non nocere* : être utile mais "d'abord ne pas nuire".

¹⁸ L'objet de cette partie n'est pas de retracer l'institutionnalisation de la profession ni d'en révéler les dimensions, mais de comprendre de quelle manière nos acteurs donnent sens et mobilisent les références aux règles de l'institution. Sur l'aspect historique de l'institutionnalisation de la médecine et la constitution d'un monopôle (1803) en se démarquant des pratiques thérapeutiques traditionnelles, on pourra consulter Jacques Léonard, *La France médicale au XIXème siècle*, Paris, Gallimard, coll. « Archives », 1978, et, du même auteur, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier, coll. « Historique », 1981.

l'institution et à ses usagers. Pour les médecins, la compétence diagnostique s'articule à une notion de droit, de légalité. Elle demeure l'exclusivité du médecin, « *sous réserve d'exceptions rares et encadrées*¹⁹ ». En témoignent les articles 372 et 4321-2 alinéa 3 du Code de la Santé publique, sur l'exercice illégal de la médecine et l'exclusivité du diagnostic, et plus spécifiquement à propos de l'ostéopathie, l'arrêté du ministre de la Santé du 6 janvier 1962 et l'article 371 du Code de la Santé publique, qui précisent que le diagnostic et le traitement conduisant à la pratique des manipulations vertébrales sont réservées aux seuls médecins. La référence au droit est tout d'abord le moyen d'asseoir la légitimité de leur pratique en la mettant en lien avec une reconnaissance publique plus large, celle des institutions publiques. Cette légitimité « légale » témoigne ainsi de la valeur qui a été attribuée à la profession lors d'épreuves antérieures. Elle représente en outre l'existence d'un dispositif juridique qui, en ayant une capacité de contrôle sur la profession, s'impose comme une garantie de conformité entre les actes et les éléments qui ont été légitimés au cours d'épreuves antérieures.

Dans le discours des médecins, la référence au droit et à la légalité de leur discipline traduit avant tout la dénonciation d'une inégalité de traitement, d'un sentiment de « *deux poids, deux mesures* » dans la situation actuelle. Elle révèle et épingle le caractère illégitime de la situation de professionnels qui jouissent d'une certaine manière de davantage de droits que de devoirs. Cette inégalité de traitement concerne aussi bien l'enseignement que l'exercice professionnel. Légalement donc, l'ostéopathie ne pouvait pas, jusqu'à la promulgation de la loi du 4 mars 2002, et même aujourd'hui en l'absence des décrets d'application, être exercée par des non médecins, ni être prescrite, comme c'est souvent le cas, par des médecins à des kinésithérapeutes pratiquant l'ostéopathie. Sur le terrain, la situation est un peu différente. De manière informelle, des réseaux de connivences s'organisent en dehors de tout cadre légal entre les praticiens d'un même secteur, et sont le plus souvent fondés sur des relations de proximité ainsi que sur la (re)connaissance des compétences qu'ils s'accordent mutuellement, et la confiance qu'ils témoignent en celles-ci. L'expérience d'Olivier Serrail est représentative de ce type de réseaux²⁰ :

¹⁹ Communiqué de Presse du Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Vers une pratique sans contrôle de l'ostéopathie », *News Press*, 8 décembre 2006.

²⁰ Clémentine Raineau montre par exemple que, dans les Combrailles auvergnates, les réseaux thérapeutiques locaux sont avant tout fondés sur la « rumeur », et que le médecin allopathe n'hésite pas à avoir recours aux guérisseurs locaux pour certaines indications, que ces derniers soient magnétiseurs ou rebouteux. Cf. Clémentine Raineau, « Choix thérapeutique dans les Combrailles auvergnates. Rebouteux, médecins et "médiums du corps" », in : *Les médecines en parallèle*, op. cit., pp.59-76. Nous nous référons également aux

*Moi, je me souviens, quand je me suis installé dans mon coin, je suis dans une petite ville de 5 000 habitants, il y avait 6 médecins, je les ai tous rencontrés, par chance, je suis originaire du coin, j'ai pu m'installer dans un coin où je connais du monde mais j'ai des médecins qui m'ont clairement dit à l'époque « **mais l'ostéopathie on connaît pas, on sait pas qui vous êtes, comptez pas sur nous** » aujourd'hui les médecins sont... je travaille avec eux, **il y a un réseau qui s'est établi avec des démarches dans les deux sens d'échanges de patients** (...) J'ai 4 courriers sur mon bureau là sous les yeux... c'est pas une vue de l'esprit.*

Cette coopération au niveau local, bien que non systématique, n'est pas sans créer parfois des tensions. Lorsque Baptiste Martinon parle de collaboration en « *interpro* », son confrère médecin (Antoine Olivieri) dénonce le « *détournement à deux chefs* » qu'il produit en détournant de leurs finalités premières, le cas échéant, la prescription du médecin en séance d'ostéopathie, et le remboursement de la Sécurité sociale, initialement prévu sur des séances de kinésithérapie, en séances d'ostéopathie. Et également de souligner les disparités en matière de compétences pour la prescription et les problèmes de communication entre les praticiens :

Soit la prescription de kiné a été faite par un médecin dont c'est pas la spécialité, qui n'est ni rhumatologue, ni spécialisé en traumatologie, qui a une formation peut être plus généraliste mais qui n'est pas suffisamment pointue. Et quand vous avez la chance de tomber sur un kiné qui a fait une réelle formation d'ostéopathie, il peut peut-être se dire « on a peut-être intérêt à faire autre chose » Mais ça peut être de la même façon fait par un kiné qui a un patient adressé par un ostéopathe médecin et qui dit « il est nul, je vais le traiter par l'ostéopathie, je ferai pas de kiné ». Mais si vous prescrivez de la rééducation, de la musculation par exemple, vous l'avez déjà traité, vous savez ce que vous avez fait, la rééducation musculaire, elle est nécessaire (...) C'est une folie de penser qu'une technique vaut mieux qu'une autre. Antoine Olivieri

La vision de ce praticien, s'opposant à celle du kinésithérapeute, montre à quel point la question du partage des compétences est présente dans le monde des soins en général et fait débat entre les différents corps de praticiens. S'il existe une certaine tolérance tacite dans le milieu local professionnel, qui se joue sur le mode de la confidentialité, la juridiction menace d'être appliquée en cas d'accidents de manipulations, de plaintes provenant de patients ou de médecins. En témoignent les nombreux procès dont fait état la Presse avant 2002. Ce que dénoncent l'ensemble du corps médical après 2002, c'est l'absence totale de

anecdotes collectées dans notre entourage ainsi qu'à un entretien réalisé avec Xavier Lombart, conseiller régional de l'Ordre des médecins, qui nous confessait envoyer certains de ses patients chez un ostéopathe (non médecin) lorsque ceux-ci « *relèvent plus de l'ostéopathie que des anti-inflammatoires à longueur de journée, [il] les adresse à un confrère qui est ostéo (non médecin) en qui [il a] une grande confiance.* »

règlementation régissant la profession, d'obligations à caractère légal. Gilles Oxley évoquait ainsi l'évolution catastrophique du statut juridique de l'ostéopathie :

Vous avez peut être remarqué ça, depuis maintenant 5 ans, on ne fait plus de procès en exercice illégal de la médecine. Q : Pour quelles raisons ? Depuis la loi, c'est interdit, les décrets font la véritable loi mais plus un tribunal ne condamnera un praticien pour exercice illégal de la médecine. Gilles Oxley

Simultanément, les médecins font état des obligations auxquelles ils sont confrontés dans l'exercice de leur profession. Celles-ci sont régies par le code de déontologie qui les lie à l'Ordre des médecins, et, selon les mots de Pascal Gervex, les « empêche de faire quoi que ce soit ». Nous citerons également la réaction de Gilles Oxley sur l'inégalité de traitement concernant la réglementation en matière d'affichage public :

*Nous, on a droit à nos **malheureux petits panneaux qui sont règlementés** et on n'a pas le droit de mettre n'importe quoi dessus et quand vous voyez couramment « Ostéopathie » avec des **panneaux lumineux de trois mètres sur un mètre de long** comme on en a un nous à Toulon, à un moment ou à un autre, il faudra bien qu'ils se règlementent, il faudra bien qu'il y ait un minimum de déontologie...*

Plus largement, le discours des médecins en matière de réglementation s'attache à la question de la formation. Nous y revenons, il s'agit bien là d'une thématique centrale de notre corpus. Si les voies d'accès à la pratique de l'ostéopathie sont variées, les conditions qui régissent l'enseignement le sont également. Les médecins dénoncent le coût des études, « exorbitant », comme unique principe de sélection des étudiants dans les collèges ostéopathiques de formation initiale : « vous payez 6000 euros par an pendant 6 ans, vous êtes ostéopathe, vous, avec votre diplôme de sociologie » constate Gilles Oxley. En l'absence de tout cursus officiel en dehors du diplôme universitaire pour les médecins, les formations en ostéopathie sont effectuées par des établissements privés, dont le financement revient entièrement à la charge de leurs usagers, avec des montants annuels de l'ordre de 6000 à 7000 euros annuels pour les collèges à temps plein, et de 3000 à 4000 euros pour les formations en alternance²¹. Pour de nombreux médecins et kinésithérapeutes, la formation en ostéopathie représente, pour « une masse de lycéens à famille plus ou moins fortunées, ou du moins, ayant les moyens de payer des études » (Baptiste Martinon), une seconde chance après avoir tenté les concours médicaux ou paramédicaux.

²¹ Renseignements pris auprès de différents établissements.

*Alors évidemment, j'aurais mon fils qui serait étudiant dans une école d'ostéopathie comme on a certains collègues, peut être que je penserais différemment, parce que je serais peut être bien content qu'il ait pu faire ça, lui payer ça et qu'à la sortie il ait un métier médical parce qu'il aurait envie de faire ça et qu'il aurait **échoué à médecine ou à kiné, comme c'est le cas actuellement...** oh ben oui, il y en a pas mal, ceux qui ont les moyens, il y en a beaucoup qui vont dans les écoles d'ostéopathie. C'est la réalité, **le recrutement actuellement se fait sur le fric, c'est choquant quand même...** Ces gens là, ils ont la chance d'avoir des parents qui leur payent leurs études... Gilles Oxley*

*A l'heure actuelle, j'ai des tas de copains dont les enfants ont raté médecine, qu'est-ce qu'ils ont fait, ils sont allés en ostéopathie, **il suffit de payer pour s'inscrire, c'est beaucoup plus simple.** Pascal Gervex*

*T'as des promotions de 100 jeunes qui ont, il faut bien le dire, échoué au **concours de médecine ou de kiné, ou de sage femme, ou d'infirmier...** et qui ont les moyens de payer, qui ont des parents, ils s'inscrivent là... **c'est facile de travailler mais il y a la barrière qui n'est pas démocratique.** Martial Ronan*

*Ce sont des jeunes gens et des jeunes filles tout à fait charmants mais **qui ont échoué au concours de médecine qui est assez redoutable**, à qui on propose des formations privées, qui coûtent un argent fou... alors les familles ont les moyens ou se saignent aux quatre veines pour leur donner cette formation... **et puis ensuite ils s'installent pratiquement sans aucun contrôle...** Edouard Monneret*

A l'exception de quelques filières (écoles de commerce, certaines écoles d'ingénieur, etc.), cette situation très particulière de l'enseignement de l'ostéopathie en France, dans les collèges à temps plein, fait écho et créé un contraste avec les filières publiques. Les médecins, à cet égard, mettent en avant le concours d'entrée avec numerus clausus dont ils sont l'objet au début de leur formation. Celui-ci donne lieu au développement d'une rhétorique **républicaine**, régissant les conditions légitimes de l'exercice de l'ostéopathie. Celle-ci s'articule autour des trois principes **démocratique, méritocratique et légaliste**. Le premier prône une égalité d'accès aux études, le second une sélection se faisant selon le mérite et le troisième, enfin, le respect des règles établies. Les propos de Martial Ronan condensent ces trois aspects :

Celui qui veut progresser, il faut l'aider, mais il faut quand même, je suis un républicain, il faut quand même, dans ce pays, il y a des lois à respecter et que s'il y a des examens, j'en sais quelque chose, en médecine et dans les professions paramédicales, avec des concours d'entrée qui ne sont pas facile et avec des règles après d'éthique et d'assurance aussi parce que si on a un problème, on est emmerdé, tandis qu'un ni-ni²², il va arriver à bac +5 ou 6, mais sans passer de

²² « Ni-ni » : Il s'agit d'un qualificatif employé par les médecins et paramédicaux qui pratiquent l'ostéopathie pour désigner leurs homologues qui ne sont ni médecins, ni kinésithérapeutes.

concours, la sélection se faisant, j'en suis pas un adepte, par l'argent... il faut y aller dans ces boîtes à fric hein ! Donc on fait une sélection par l'argent... c'est pas les jeunes des banlieues qui vont faire ostéopathes. Martial Ronan

Le concours d'entrée des filières médicales et paramédicales a deux fonctions. Pour une part, il permet d'assurer la régulation de la population de professionnels (« *gestion du stock* », selon les mots du gouvernement). Il est par exemple question, aujourd'hui, dans le milieu professionnel et dans les administrations, de desserrer le *numerus clausus* afin de répondre aux départs à la retraite des praticiens issus du Baby-boom. Pour une autre part, le concours a pour vocation de garantir le haut de niveau de formation des médecins.

*S'ils veulent un haut niveau d'étude [les ni-ni], ils n'ont qu'à s'inscrire en médecine, faire le concours, comme les copains, avec un *numerus clausus*, une sélection très forte à l'entrée, avec des examens de très haut niveau, avec une obligation de formation continue...* Pascal Gervex

Il est bien évident que si on veut former des gens compétents, il faut qu'ils aient le niveau intellectuel pour acquérir cette compétence (...) Mais ça, ça peut passer que s'il y a un concours, des choses reconnues. Gilles Oxley

Ces différents points permettent d'ouvrir un espace de réflexion sur la manière dont le « corps médical » considère la place de chaque « sous-groupe » d'ostéopathes et les conditions de leur légitimité dans le système de soin. Nous verrons dans un premier temps la place que les médecins accordent aux « ni-ni » puis aux kinésithérapeutes ostéopathes. Dans un deuxième temps, nous étudierons la position de cette frange de kinésithérapeutes ostéopathes qui, à l'instar des médecins, n'ont pas renoncé à leur exercice initial.

2.2.3. Conserver l'organisation des soins. Prescrire l'ostéopathie ou intégrer les non médecins

Si les médecins ostéopathes défendent le doctorat en médecine comme prérequis à la pratique de l'ostéopathie, ils ne peuvent se dédouaner d'une réflexion sur le devenir d'un nombre croissant d'ostéopathes formés en dehors des circuits médicaux habituels, ainsi que sur le statut des kinésithérapeutes ostéopathes. La position qu'ils soutiennent à l'égard de ces deux corps d'ostéopathes permet de cerner les frontières de chaque discipline et la manière dont elles s'articulent les unes aux autres. Vis-à-vis des ostéopathes de formation initiale, à l'égard desquels ils expriment les critiques les plus virulentes, les médecins souhaitent une clarification de la situation. Au-delà des questions de sécurité et d'efficacité, ils avancent une question de lisibilité et de transparence pour le public concerné. A ce titre, plusieurs options.

Certains, comme Pierre Cohen, proposent d'instaurer une distinction entre des professionnels de santé capables de prendre en charge un patient et d'autres professionnels, de la « forme et du bien être » :

Tout dépend de la manière dont c'est perçu par les patients. Par exemple, les patients vont faire de la thalasso-thérapie, ils savent bien qu'ils vont dans un centre de thalasso et qu'ils vont pas dans un centre de rééducation orthopédique pour des problèmes... des maladies... disons sévères. Ils vont dans un centre de thalasso pour la remise en forme, pour se sentir mieux... pour le bien-être. Et là, il n'y a pas d'ambiguïté entre un centre de thalasso et un centre de rééducation médicale en milieu héliomarin par exemple qui va s'adresser à des pathologies plus lourdes ou des paralysie qui demandent une prise en charge plus médicalisée (...) Ils vont avoir comme personnel bien sûr des médecins neurologues, des médecins de rééducation, éventuellement des médecins ostéopathes, des ergothérapeutes, etc. Au contraire dans un centre de thalasso-thérapie, ils vont avoir comme personnel plutôt des esthéticiennes, des gens qui font du massage de bien-être... je veux dire, c'est pas la même orientation. Et là les choses sont claires, les gens savent où ils vont, ils savent pourquoi ils y vont. Le problème dans l'ostéopathie, c'est qu'on est ostéopathe et on sait pas trop si le professionnel auquel on va s'adresser est capable de gérer une maladie ou s'il est apte seulement à donner du bien-être.

D'une manière plus générale, et à la différence de l'option précédente, les médecins souhaitent un alignement de la formation des ostéopathes de formation initiale sur celle qui existe actuellement en médecine et, qui plus est, l'assujettissement de ces professionnels à des règles similaires. Cette position s'inscrit dans la continuité des arguments qui ont été avancé plus haut. L'enjeu est de doter ces praticiens des mêmes compétences que celles du médecin, et des mêmes devoirs. Face à des praticiens formés en dehors du cadre médical tel qu'il est institué, leur ralliement est pensé à l'intérieur des frontières de la médecine, sous le signe d'une intégration, en aucun cas d'une autonomisation. Par ailleurs, les souhaits exprimés, en répondant à la structure actuelle de la médecine, prônent la cumulation des compétences ainsi qu'un modèle fortement hiérarchisé à la tête duquel siège le médecin. Nous n'avons pu recueillir les témoignages provenant de l'administration sur ces questions. Des médecins mettent en avant les problèmes de gestion de population et de remboursement de Sécurité sociale que de telles mesures entraîneraient pour cette dernière.

*Il faut prendre les problèmes plutôt dans l'autre sens, c'est-à-dire **revoir comment ils sont sélectionnés et leurs études, les médicaliser** et à ce moment on formera des gens qui auront une vraie formation médicale et qui pourront faire à ce moment là toutes les techniques parce qu'ils seront compétents, qu'ils auront acquis ça et d'autre part, ils auront des responsabilités à exercer parce qu'il y aura un ordre, un contrôle, etc.*

Gilles Oxley

A l'égard des kinésithérapeutes ostéopathes, ensuite, les médecins adoptent une position mitigée et non dénuée d'ambiguïtés. Ils ont signé une alliance avec les deux syndicats représentatifs de la profession, le SNMKR et la FFMKR, afin de défendre le prérequis médical ou paramédical pour l'accession au titre d'ostéopathe. Cependant, comme nous le faisait remarquer Baptiste Martinon, membre de la FFMKR : « *ça leur a été dur de signer avec nous* ». Difficile, car la reconnaissance du titre d'ostéopathe suppose des actes de première intention, ce qui signifie soustraire les kinésithérapeutes de l'autorité médicale et remettre en question la hiérarchisation qui régie la profession. Au-delà de la modification de la structure de pouvoirs, les médecins mettent une nouvelle fois en avant la compétence diagnostique, d'où le jugement assez sévère de Pascal Gervex à leur égard :

Attendez, les kinés c'est quoi ? C'est des auxiliaires médicaux, c'est comme des infirmiers... ce sont des gens qui apprennent des gestes et qui les exécutent sur prescription médicale. En vertu de quoi une personne qui a fait deux ans ou trois ans de formation pourrait tout d'un coup se mettre à recevoir un patient, à poser un diagnostic, à décider d'un traitement ? Pascal Gervex

Sa position est par ailleurs sans appel :

Non, mais moi, je suis opposé à ce que d'autres personnes que des médecins pratiquent l'ostéopathie, kinés ou non. Il se trouve que pour des raisons politiques, un certain nombre de groupes [syndicats de médecins] ont fait alliance avec les kinés parce qu'ils ont pensé qu'en prenant les kinés avec les médecins, ils élimineraient les ni-ni. Nous, ça n'a jamais été notre position, ça a toujours été l'ostéopathie médicale.

D'autres, comme Gilles Oxley, membre du SMMOF, souhaiteraient qu'ils continuent à se plier à la réglementation en vigueur qui régit leur exercice, y compris pour les actes d'ostéopathie. L'ostéopathie deviendrait alors une pratique de seconde intention, sous prescription du médecin, sous contrôle médical :

Ça voudrait dire sous prescription médicale et que le jour où ils ne le font pas et qu'il y a un problème, ils sont hors la loi (...) Officiellement ils n'ont pas le droit de voir les malades en première intention, ils les verront de toute façon, c'est obligé, mais la différence, c'est qu'ils seront hors la loi s'il y a un problème. Ça, c'est important quand même parce que ça les responsabilise. Et je vous signale quand même que les kinés ont un ordre depuis pas longtemps... Gilles Oxley

Enfin, d'autres médecins affichent une position plus modérée. Ils mettent alors en avant le caractère légal de leur exercice et leur niveau de formation :

Je dirais que pour nous, c'est un moindre mal d'avoir un kiné ostéo plutôt qu'un ni-

*ni (...) parce qu'ils sont quand même dans le circuit des professions de santé, dans le circuit médical, ils ont un diplôme d'Etat donc... avec un certain nombre de garanties... mais pour moi et la plupart des tenants de l'ostéopathie médicale, ils ont pas la formation d'un médecin, ils connaissent une partie mais pas tout (...) La différence, en fait, c'est surtout l'organisation professionnelle et le cursus d'études de kiné parce que le kiné, il a déjà un **cursus officiel**, avec un diplôme d'Etat, donc **les études sont bien structurées**, avec un certain nombre d'heures d'anatomie, un certain nombre d'heures de formation... **Ils ont une formation de stages à l'hôpital qui leur permet de voir des malades.** Pierre Cohen*

Pour finir, il nous faut souligner le fait que la position des médecins à l'égard des ostéopathes de formation initiale s'est durcie depuis ces dernières années, en relation d'une part avec leurs prises de position et de leur mobilisation, d'autre part avec le développement exponentiel du nombre de centres de formation, notamment depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002. Antoine Olivieri nous expliquait ainsi l'évolution de la situation :

*La finesse dans cette histoire là, c'est qu'il y avait, parmi les non médecins qui pratiquaient l'ostéopathie, des gens qui avaient souvent eu un parcours très long. Vous avez souvent des praticiens qui n'ont pas passé le diplôme de médecin mais qui ont été kiné, qui ont progressé, qui ont été dans des services de médecine, qui ont travaillé avec des patients, qui rencontraient des patients, qui voyaient des pathologies et qui arrivaient petit à petit... qui se formaient petit à petit à l'ostéopathie, mais ce qu'on oublie c'est que souvent, ça ne se passe pas sur cinq ans (...) Mais tout ça était très marginal donc reconnaître cette marginalité, prendre conscience que ce problème existait et organiser le système pour pouvoir inclure ces gens là, c'était plutôt quelque chose de positif (...) On se trouve maintenant confronté à un autre problème. C'est-à-dire qu'au départ, on avait des gens qui étaient dans un univers plutôt confidentiel, avec un réel besoin de reconnaissance, avec une espérance d'arriver quasiment à une équivalence avec la médecine avec un chemin différent **alors qu'aujourd'hui, on est dans un système où vous avez des écoles payantes, nombreuses, qui forment des gens (...)** qui vont être amenés à exercer sans avoir réellement été formé en clinique, sans savoir le diagnostic, **avec une espèce de flou artistique quant à la définition des différentes professions.***

2.3. Conserver les acquis : une frange de kinésithérapeutes non dissidente

Si nous avons peu de données quantitatives précises sur l'origine professionnelle des différents ostéopathes, il est facile de constater, à partir de l'ensemble des données à notre disposition, que la plupart des ostéopathes en exercice sont des praticiens issus d'une formation de kinésithérapeute. Si, ensuite, nous n'avons recensé aucun cas de médecins concevant l'ostéopathie comme une profession indépendante (des professions médicales et/ou paramédicales), la position des kinésithérapeutes est davantage divisée sur cette

question. Nous verrons dans la partie suivante de quelle manière tout un ensemble de kinésithérapeutes, que l'on retrouve dans différentes associations socioprofessionnelles, prônent la création d'une profession indépendante. A l'inverse, une frange minoritaire de kinésithérapeutes, correspondant aux positions développées par le SNMKR et la FFMKR, défend une filiation inaliénable entre la kinésithérapie et l'ostéopathie. La kinésithérapie devient, avec la médecine, l'un des deux prérequis envisageable pour acquérir le titre d'ostéopathe. Tandis que le caractère légal et la spécificité de leur profession sont défendus par chacune de ces deux structures, celles-ci se montrent davantage divisées sur la question de l'indépendance de l'ostéopathie ou de son intégration au sein de la structure professionnelle.

Les deux structures convergent tout d'abord vers la position commune qui consiste à défendre le prérequis de kinésithérapeute comme capacité spécifique à accéder à la formation d'ostéopathie. Cette position prend appui sur deux lignes argumentaires. La première défend l'idée de l'existence d'une continuité entre les deux disciplines, qui distingue les kinésithérapeutes des autres professions paramédicales dans leur capacité à exercer une discipline manuelle. Nous avons déjà vu de quelle manière une filiation par le toucher était mise en avant par ces « *praticiens de la main* ». Au-delà de cette filiation, ils soulignent la maîtrise des matières médicales fondamentales. La seconde ligne argumentaire légitime, à l'instar des médecins, le prérequis de kinésithérapeute sur le caractère légal de son système d'enseignement, dont l'aménagement juridique permettrait d'y intégrer un cursus supplémentaire d'ostéopathie, tout en conservant les acquis reconnus d'une profession de santé. Ils insistent également sur la garantie du niveau des praticiens formés et du contrôle de leur population par l'existence d'un concours d'entrée avec *numerus clausus*.

*Ma position en tant que représentant de l'Ordre, c'est défense d'un pré requis kiné/médecin, je suis clair (...) **Hors de l'Eglise, il n'y a pas de salut**, c'est-à-dire que si tu ne passes pas par les voies balisées... (...) **on peut pas dans ce pays déceimment, ipso facto, créer une nouvelle profession qui ne passe pas par les sentiers battus.***

Et puis nous, on a dit « attendez, si nous on n'est pas reconnu déjà, pourquoi créer une nouvelle profession alors que déjà les médecins s'en réclament, et les kinés aussi »... Martial Ronan

*À partir du moment où on est dans une société soucieuse de la santé publique et de la santé de ses administrés, **on est obligés de rester dans un cadre légal strict.** Voilà*

pourquoi je dis que ça m'embête au plus haut point de voir apparaître une nouvelle profession...

*L'idéal pour nous serait l'abolition de l'article 75 et **réserver l'ostéopathie aux professions de santé**, point. Avec des passerelles pour ceux qui sont en exercice évidemment, on peut pas laisser tomber les gens, pas question, mais arrêtons les formations sauvages et **faisons des formations reconnues par le Ministère et encadrées par le Ministère de la Santé avec des diplômes de santé**, etc. Là, je suis d'accord. Baptiste Martinon*

Au-delà d'une référence à la légalité, perçue comme nécessaire, les positions des deux syndicats divergent quant à la manière de penser la place de l'ostéopathie dans le système de soin. En dehors de la défense du pré requis, le SNMKR adopte une position très similaire à celle des associations socioprofessionnelles d'ostéopathes exclusifs, nous le verrons. Pour Martial Ronan, membre de ce syndicat, l'existence d'un enseignement ostéopathique en formation initiale ne pose d'autres problèmes que celui d'une reconnaissance effective impliquant un encadrement juridique. Les études des « ni-ni » sont jugées « *sérieuses* », et acceptable l'idée d'un cursus autonome en six années d'études. Pour lui, le prérequis de kinésithérapeute n'est considéré que comme un **moyen d'accès** à la pratique de l'ostéopathie, par ailleurs *équivalent*, au sens étymologique du terme²³, au statut que peuvent acquérir un médecin ou un ostéopathe de formation initiale. L'enjeu pour ce syndicat est avant tout de permettre la reconnaissance de cette voie d'accès :

*Chacun se débrouille hein... les médecins sont assez puissants pour, les ni-ni, c'est à eux... moi j'ai toujours dit « je défends les kinés pour obtenir un cursus supplémentaire pour devenir ostéopathe parce que je crois en l'ostéopathie ». **Voilà, moi j'ai défendu mon métier.***

Au-delà de ces aspects, l'ostéopathie est conçue comme une discipline à part entière, autonome des autres professions de santé. Ce statut repose sur l'acquisition de compétences spécifiques de la part du praticien, que ne possèdent pas les confrères d'autres disciplines. Les deux extraits suivants, issus de notre entretien avec Martial Ronan, illustrent ces aspects :

*J'ai toujours défendu le pré requis kiné mais pour arriver à **une ostéopathie une et indépendante**, moi je te dis, je souhaite arriver à cela et **pas mélanger les deux**, c'est-à-dire pas travailler sous une prescription de kiné et faire des techniques ostéopathique, non, ça serait du rabais et **ça serait ne pas avoir compris le traitement ostéopathique.***

²³ Du latin *Aequivalere* : "avoir une valeur égale".

Toi t'es médecin, tu vas m'envoyer un patient pour de l'ostéopathie si tu n'as pas été formé ? Qu'est-ce que tu veux que je te dise, si c'est moi qui commande ? Je vais te donner des ordres, mais de quoi ? Il faut que je sois formé à quelque chose...

En rejetant l'idée d'une pratique sous prescription médicale, notre praticien revendique une égalité de compétences avec le médecin ostéopathe, qui passe par une redistribution des pouvoirs.

Q : *Sur quelles bases vous pouvez exiger ce même niveau ? Ça se négocie, c'est-à-dire que nous, il faudrait monter un peu [du point de vue du niveau d'étude], mais ça, c'est ce que je souhaite, et puis eux, ben qu'ils délèguent un peu de compétences...*

La position de la FFMKR, avec laquelle le SNMKR entreprend pourtant des actions communes pour la reconnaissance du prérequis de kinésithérapeute, s'apparente davantage à celle des médecins, en faisant de l'ostéopathie une sous-discipline ou une spécialité de leur exercice. Les membres de ce syndicat défendent différemment leurs revendications, du fait qu'ils ne peuvent se prévaloir du diagnostic médical. Nous avons déjà vu que la défense du pré requis s'appuyait sur une base légale ainsi que sur la mise en avant des compétences acquises et d'une filiation par le toucher. Les membres de la FFMKR vont plus loin encore, en invoquant une filiation de type « historique ». Dans un article de *Kiné Actualité*²⁴, Jean François Dignat faisait par exemple valoir le fait que les kinésithérapeutes sont à l'origine du développement de l'ostéopathie en France et que, par ailleurs, ils sont, du point de vue des techniques employées, les « héritiers de Still » en ce qui concerne la dimension structurelle de l'ostéopathie (celle que défendent également en premier lieu les médecins). Cette dernière est jugée « seule valable », au détriment des « inventions » ultérieures, des années 1970 (ostéopathie crânienne, fluïdique, etc.). Cette position, particulièrement soutenue, fait de la kinésithérapie la continuité de l'ostéopathie « historique » et de l'ostéopathie en général la continuité de la kinésithérapie. En d'autres termes, il s'agit de deux disciplines qu'il n'y a pas lieu de distinguer.

Baptiste Martinon insiste ainsi sur l'hétérogénéité du monde de la kinésithérapie qui, à l'instar de la médecine, est constitué d'un certain nombre de domaines de compétences. Le kinésithérapeute acquiert de cette manière la capacité de devenir « spécialiste » (kinésithérapie "mézières", microkinésithérapie...) à partir d'un corpus de base commun. Pour Eric Pastor, secrétaire général de la FFMKR chargé de l'enseignement, de la recherche

²⁴ Cf. l'article de Jean François Dignat dans *Kiné Actualité* n°871, du 31 octobre 2002.

et de l'évaluation de la kinésithérapie, distinguer les deux disciplines est un « *non sens qui va à l'encontre de la prise en charge du patient selon une vision globale*²⁵ ». Dans la continuité de ces propos, Baptiste Martinon explique que l'ostéopathie seule ne traite pas. En tant que discipline complémentaire, elle doit s'inscrire au sein d'un système de soin plus général, plus « *complet* ». Une entorse nécessite par exemple de recourir à l'ostéopathie comme palliatif, puis d'entreprendre un travail de rééducation et de musculation de la cuisse pour que le déséquilibre ne se pérennise pas²⁶. Il n'y a donc pas lieu, pour lui, de « *cloisonner artificiellement des pratiques curriculaires*²⁷ ».

Au sein d'une discipline composée de différentes spécialités, Baptiste Martinon prône le dialogue interprofessionnel afin d'assurer au mieux les soins des patients, et leur orientation. Il lui arrive fréquemment d'orienter ses patients vers tel ou tel confrère plus à même de répondre à certaines indications.

J'ai pas mal de médecins qui savent donc que je pratique l'ostéopathie et qui m'envoient des gens que pour ça, ou même des confrères kinés qui disent « là, il vous faut de l'ostéopathie, allez voir untel » en accord avec le médecin d'ailleurs, ça se passe très très bien comme ça dans notre coin en interpro, mais là, je me tiens, j'allais dire éthiquement, à mon simple rôle d'ostéopathe, pourquoi ? Parce que je ne vais pas marcher sur les platebandes du kiné en disant « non, non, mais n'allez plus voir votre kiné, moi, je suis kiné aussi, je sais tout faire et votre médecin, c'est un connard, moi je fais tout », c'est ça qu'ils disent, eux, les ostéopathes ni-ni, moi, je ne suis pas d'accord, donc là, et bien je reste dans mon rôle. Ça m'arrive de traiter des gens en kinésithérapie et de me limiter volontairement à la kinésithérapie parce qu'ils ont un ostéopathe... kiné ou médecin.

De la même manière que le modèle proposé par les médecins à l'égard de l'organisation des soins et du partage des compétences, celui que propose Baptiste Martinon peut être compris comme une spécialisation à l'intérieur d'un champ de compétences préexistant et spécifique. Particulièrement souple quant aux profils des différents professionnels, il permet de cumuler plusieurs compétences. Il mise par ailleurs sur des ajustements « de terrain » entre les professionnels afin d'assurer l'orientation des patients et la bonne conduite des soins. De son côté, le modèle d'organisation prôné par le SNMKR défend la conservation des acquis de la kinésithérapie qui ne valent qu'en tant qu'ils sont compatibles avec les connaissances et savoirs-faire requis pour l'exercice de l'ostéopathie ;

²⁵ Cf. *Kiné Actualité* n°835 du 20 décembre 2001.

²⁶ Nous restituons cet exemple à partir d'une prise de notes suite à l'entretien réalisé.

²⁷ Voir également l'article d'Eric Pastor, *Kiné Actualité* n°892 du 10 avril 2003.

exercice qui s'autonomise par la suite, par l'acquisition de connaissances supplémentaires.

C'est sous l'angle de cette autonomisation que nous allons maintenant appréhender le discours de ces praticiens qui revendiquent ce statut pour leur exercice. Ces praticiens sont numériquement plus importants que les médecins et les kinésithérapeutes qui abordent l'ostéopathie comme une spécialité de leur exercice initial. Une grande partie de ces praticiens sont d'anciens kinésithérapeutes, dans une moindre mesure d'anciens médecins, formés dans les années 1970 à 1980. Majoritaires au sein de la génération d'ostéopathes la plus âgée, ils occupent encore aujourd'hui les principaux postes au sein des structures qu'ils ont mis en place. Leur nombre tend cependant à être compensé depuis la fin des années 1990 avec le développement considérable des formations initiales, ouvertes aux bacheliers²⁸. Les plus jeunes générations d'ostéopathes n'ont bien souvent plus d'antécédents professionnels dans le domaine des soins.

2.4. L'autonomisation d'un exercice thérapeutique : la construction d'une identité réflexive

Nous avons déjà vu dans la première partie de quelle manière les praticiens défendaient un ensemble de compétences, de conceptions et de rapports au corps pensés à la fois comme spécifiques et distincts de la culture de soin médicale (partie 1.3.). Mais nous avons vu également que ce même ensemble, tout en étant pensé comme spécifique par certains médecins et certains kinésithérapeutes, ne pouvait revêtir un caractère légitime que dans la mesure où il s'inscrivait dans un ensemble plus large de compétences (partie précédente). A l'inverse, nous allons voir dans cette partie à partir de quelles ressources les tenants d'une ostéopathie « exclusive »²⁹ lui revendiquent un statut autonome, en en délimitant les contours ainsi que les articulations avec les autres disciplines, en l'occurrence la médecine et la kinésithérapie. C'est au regard de ces différents aspects que nous parlerons

²⁸ Les associations socioprofessionnelles évaluent leur nombre entre 7 000 et 10 000 suite à l'augmentation exponentielle des centres de formation ces dernières années. L'Académie de médecine estime pour sa part leur nombre entre 1200 et 1500, mais ne prend en compte qu'une trentaine d'établissements, alors que leur nombre serait de l'ordre de 70. Cf. Académie nationale de médecine, *Rapport au nom d'un groupe de travail. Ostéopathie et chiropraxie*, janvier 2006.

²⁹ Nous rappelons inclure, dans cette catégorie d'ostéopathes « exclusifs », l'ensemble des praticiens formés de manière initiale ainsi que les anciens kinésithérapeutes, voire anciens médecins, qui défendent l'existence d'une profession d'ostéopathe sans pré requis médical ou paramédical, c'est-à-dire en situation d'autonomie par rapport aux autres professions médicales. Corollairement aux points que nous avons développé dans la première partie, elle indique également que l'ostéopathie possède un statut d'exercice (cf. partie 1.2.2. *L'exercice et la pratique*).

de la construction d'une identité *réflexive*³⁰.

La perception, mais aussi la volonté de construire l'ostéopathie comme un champ autonome repose sur un ensemble d'appuis normatifs qui consistent, pour ces praticiens, d'une part à annihiler ou à nuancer un argumentaire qui leur est défavorable, celui des médecins et de certains kinésithérapeutes, selon un principe d'autonomie, d'autre part à affirmer la spécificité de ce qu'ils mettent en jeu dans leur travail, comme principe de distinction. Réflexivement, les appuis normatifs mobilisés par les ostéopathes exclusifs s'articulent autour des mêmes biens en soi que ceux que les médecins ont imposé et constitué comme questions saillantes : la sécurité de l'intervention et son efficacité. A partir des différents points que nous allons aborder, nous défendrons l'idée du développement d'une culture de soin spécifique. Le développement de la culture de soin ostéopathique s'effectue selon une certaine culture du résultat où le critère scientifique apparaît en bonne posture, même si leurs modalités d'évaluation passent également par d'autres critères que ceux de l'*evidence based medicine*³¹. Ainsi, si l'on peut adopter avec profit l'acception qu'Alexandre Jaunait utilise de la notion d'autonomie – est autonome ce qui fonctionne selon une logique propre plutôt que de manière hermétique³² – il nous faudra toutefois lui agréger l'idée d'une évolution parallèle – selon des principes très similaires – sous plusieurs aspects. Cette idée nous amènera à considérer et à questionner la tension qui s'exerce entre ces deux pôles : celui d'un mimétisme à l'égard du modèle médical et celui d'une volonté d'autonomisation. Nous ferons l'hypothèse que ce mimétisme, nous en verrons les différents aspects, est facteur de légitimité et, partant, condition d'autonomisation. C'est également

³⁰ L'idée de réflexivité sous-tend ici l'idée d'une construction identitaire qui s'établit par *rapport à*, c'est-à-dire selon un principe de distinction. Nous serons sensible dans cette partie à l'analyse que Pierre Bourdieu développe à propos de la photographie « artistique » en montrant de quelle manière elle est utilisée par les classes moyennes pour se distinguer des classes populaires en adoptant les codes picturaux attribués aux classes supérieures, la « culture cultivée ». Cf. Pierre Bourdieu (dir.), *Un art moyen. Essai sur les usages sociaux de la photographie*, Paris, Minuit, coll. « Le sens commun », 1965.

³¹ *Evidence based medicine* : la "médecine par les preuves". Cette terminologie est désormais prépondérante dans le discours des praticiens, quels qu'ils soient, lorsqu'ils font référence aux modalités d'évaluation des résultats de la médecine dite scientifique. Pour Nicolas Dodier, les critères de l'*evidence based medicine*, dont le dispositif emblématique est celui des essais contrôlés randomisés, sont caractéristiques de l'avènement de ce qu'il a nommé la *modernité thérapeutique*. Celle-ci est à comprendre comme le développement d'une conception de l'objectivité nouvelle, fondée sur la distance, et marque une rupture avec la *tradition clinique*, valorisant à l'inverse une objectivité construite dans la proximité ("être au lit des malades"). Cf. Nicolas Dodier, « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients » in : Tournay, *Les nouvelles formes d'action publique en matière de santé*, Paris, PUF, 2007.

³² Cf. Alexandre Jaunait, *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Paris, Dalloz, 2005. De cette manière, on rejoint également le sens étymologique du mot : *auto*, soi-même ; *nomia* (subst.), la loi : « état de celui qui se gouverne par lui-même ». J. Picoche, *Dictionnaire étymologique du français*, Paris, Le Robert, coll. « Les usuels », 1992.

l'idée qui nous guidera au cours de la troisième partie (point 3.2.).

2.4.1. L'épreuve du terrain

Nous avons vu plus haut à quels types de critique l'exercice des ostéopathes exclusifs faisait l'objet. Ces derniers ne sont par ailleurs pas toujours en mesure de valider leur pratique selon des critères scientifiques et ne peuvent se prévaloir – et refusent bien souvent de se prévaloir – des types de prérequis « officiels » évoqués plus haut³³. Malgré la configuration particulière dans laquelle ils se trouvent, ces ostéopathes trouvent sur le terrain, sur lequel ils exercent depuis déjà de nombreuses années, des échos favorables. Ces échos constituent des ressorts de légitimité puissants puisqu'ils soulignent le caractère infondé des critiques qui leur sont adressées, non sur des projections mais sur des résultats. En conservant l'optique des *économies de la grandeur*, ces échos prennent corps à l'intérieur de différents *mondes*. Le monde *marchand* est représenté par le nombre de patients soignés chaque année ; le monde *domestique*, par le soutien d'acteurs du monde scientifique ; le monde de *l'opinion*, par le soutien de sportifs renommés ; le monde *industriel*, enfin, par les études portant sur la sinistralité de leurs actes.

Le monde marchand, tout d'abord, est représenté par la référence constante – dans le discours des praticiens interrogés mais également dans la presse et sur les différents forums Internet – au nombre de consultations effectuées ainsi qu'au nombre de patients soignés chaque année, qui ont tout deux connus une très forte augmentation depuis une vingtaine d'années³⁴. Au sein de celui-ci, les rapports sont régis par la concurrence, que l'on peut concevoir ici comme celle qui confronte différents modèles thérapeutiques. L' « état de grand³⁵ » attribué à un être est lié à la convergence des désirs, exprimée par l'importance

³³ Il faut noter que la plupart des associations socioprofessionnelles d'ostéopathes exclusifs demandent à ceux de leurs adhérents qui possèdent un diplôme de santé de se rayer des listes de la DDASS et de la Préfecture, en affirmation d'une identité indépendante.

³⁴ Une étude réalisée par le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES) en décembre 2002 auprès de 200 000 personnes révèle que 8.5% de la population française a eu recours aux soins d'un ostéopathe au cours des douze derniers mois, dont 70% de ces professionnels n'étant ni médecins ni kinésithérapeutes. Cf. CREDES, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », décembre 2002. Par ailleurs, les organismes socioprofessionnels sont en général d'accord, après divers recensements, sur une estimation du nombre de patients à 5 ou 6 millions chaque année, pour environ 10 à 12 millions de consultations. Une autre estimation des mêmes organisations porte le nombre de patients « ayant franchi la porte d'un cabinet d'ostéopathie » à 15 ou 20 millions.

³⁵ Pour les auteurs, l'état de grand ne recouvre pas qu'une dimension individuelle et se présente comme une métaphysique dans la mesure où il sous-tend une idée de bien commun, qui organise par ailleurs le modèle de la cité. Cf. Luc Boltanski et Laurent Thévenot, *De la justification. Les économies de la grandeur*, op. cit.,

numérique du nombre de consultation. Pour ces praticiens, celle-ci témoigne de la satisfaction à l'égard de la réponse apportée au motif de la consultation. Cette ressource numérique est donc principalement mise en relation avec l'efficacité des soins prodigués, sans que les praticiens préjugent toujours de la nature de cette efficacité, qui semble parfois leur échapper, ou différer du sens de leur démarche initiale. Nous avons abordé cette question plus haut. La sécurité, quant à elle, s'appréhende sans doute moins facilement selon cet unique facteur.

C'est un phénomène de société, on traite entre 15 et 20 millions de patients par an, c'est pas rien, c'est ce qu'il y a quand même d'intéressant et il y a beaucoup de patients qui nous disent « mais si mon médecin m'avait orienté plus tôt vers un ostéopathe, si j'avais su plus tôt, ça fait longtemps que je serais venu » des gens qui nous disent « ça fait des années que je souffre, pourquoi on me l'a pas dit... »
Patrick Vian

Tant que nous continuons à exercer et que les patients nous consultent, c'est qu'on commence à être efficace, les gens ne viennent pas pour vous faire des déclarations d'amour (...) Une maman qui vous confie son enfant, elle vous confie ce qu'elle a de plus cher au monde... Il faut pas les massacrer les bébés quand même hein !
Xavier Perrone

Nous, on a notre raison d'être, les gens viennent nous voir depuis des années, les premiers ostéopathes en France, c'est 30 ou 35 ans de recul, cette profession s'est mise en place, je pense que vu le prix des consultations non remboursées, etc. Je pense que si on n'avait aucun résultat, on n'aurait plus de malades aujourd'hui, on n'existerait plus, on serait resté une espèce de... comme les rebouteux, les guérisseurs ou je ne sais quoi, on serait resté dans nos chaumières (...) Il y a un intérêt, les gens qui viennent nous voir, ils viennent nous voir parce qu'on répond à un besoin, qu'il soit médical, mécanique ou pas, ou que ce soit dans la prise en charge de la personne et dans la relation soignant/soigné peut être, je peux pas vous dire mais en tout cas, je crois qu'il y a un réel besoin... sinon, les gens ne viendraient pas.
Francis Rougon-Macquart

Quand vous êtes impuissants face à un problème, c'est le patient qui a raison, c'est pas le praticien.
Olivier Serrail

L'intérêt des patients est partiellement relayé par leur mobilisation lors des manifestations, par la signature de pétitions, par leur mobilisation dans les associations de patients et dans certaines revues grand public³⁶. On ne s'attardera pas à analyser les

pp.100-101.

³⁶ Pour un aperçu des manifestations organisées ainsi que des pétitions, on pourra consulter le site www.osteopathie-en-danger.fr. Parmi les différentes associations de patients, deux sont consacrées exclusivement à la défense d'une ostéopathie non médicale (l'ASO : *Aujourd'hui Santé Ostéopathie* et l'association *Avenir ostéopathie*. La première est constituée uniquement de patients pour environ 1300 membres ; la seconde comprend également des praticiens, parents et étudiants en ostéopathie et compte 1215

différentes formes d'action dans lesquelles s'engagent ces acteurs. On retiendra qu'ils s'impliquent d'une part en tant que patients – exprimant une satisfaction à l'égard des soins proposés, et parfois une prise de distance avec la médecine officielle – mais également en tant que *nombre* de patients.

Le monde domestique correspond ensuite au soutien que les acteurs du monde scientifique et médical sont en mesure de leur apporter. Les ostéopathes, parmi les actions entreprises, ont en effet créé un comité de soutien et fait circuler des pétitions auxquels ont répondu présent un certain nombre d'universitaires, de chercheurs et de professeurs de médecine³⁷. Dans le monde domestique, la grandeur est liée à la supériorité hiérarchique³⁸. Bien que le parallèle ne soit pas direct, il est intéressant de considérer la recherche du soutien de personnes représentatives du monde scientifique, par les postes et les fonctions qu'elles occupent, comme la volonté de créer un *lien générationnel*³⁹. Les ostéopathes, en s'accordant le soutien de ces personnes, souscrivent à un modèle hiérarchique dont la délimitation (idée de similitude) est assurée par le critère scientifique. Loin de s'émanciper des exigences qu'il représente, les ostéopathes l'utilisent à la fois comme la possibilité d'accéder à l'état de grand (s'élever au rang de⁴⁰) et comme une formule d'autonomisation.

Il y a eu un manifeste de signé par des professeurs en médecine praticiens hospitaliers (...) des scientifiques, des médecins, des professeurs d'université, des spécialistes (...) en faveur d'une reconnaissance de l'ostéopathie et en gros c'est de dire aux médecins « arrêtez, vous n'y connaissez rien en ostéopathie, ce n'est pas votre métier, laissez faire les ostéopathes qui sont vraiment bien formés en 6 ans, nous leur donnons des cours et nous pouvons affirmer qu'ils sont particulièrement bien formés dans tous les secteurs que vous mettez en doute, aussi bien la physiopathologie que l'imagerie médicale, la clinique... » voilà, à partir de ce moment là où vous avez des professeurs d'université qui disent ce discours là et en public lors des manifestations, je pense au professeur Vallet lors de notre manifestation du 4 mars en signant le manifeste, je pense que les arguments des

membres), d'autres interviennent plus sporadiquement telles que *Les patients impatients*, le *Collectif des Médecines alternatives et complémentaires*, ou le *Milct* (Mouvement international pour la liberté du choix thérapeutique). Du côté de la presse grand public, et bien que notre recherche n'ait pas été exhaustive de ce côté-là, on pourra relever plusieurs articles dans le quotidien *Alternative Santé*, particulièrement virulents dans la défense d'une ostéopathie exclusive.

³⁷ Voir annexe 14, p.XXI.

³⁸ « La grandeur est fonction de la position occupée dans des chaînes de dépendances personnelles » *Ibid.*, p.206.

³⁹ Dans la cité domestique, « le lien entre les êtres est conçu comme une *génération du lien familial* : chacun est un père pour ses subordonnés et entretient des relations filiales avec l'autorité. » *Ibid.*, pp. 116. Par ailleurs, on retiendra l'idée de similitude dans le lien qui s'établit entre les êtres. Ici, la dimension scientifique (p.210).

⁴⁰ « La personne individuelle est un maillon dans la "grande chaîne des êtres" et chacun se trouve pris entre un supérieur dont il reçoit, par l'intermédiaire d'une relation personnelle, une puissance d'accès à la grandeur, et des inférieurs qu'il englobe et qu'il incarne. », *Ibid.*, p.116.

médecins ne tiennent pas la route et pas par méchanceté ni rien, c'est que ça résiste pas à l'analyse, voilà.

Et ce ne sont pas des petits médecins de campagne, enfin sans vouloir être péjoratif, là ce ne sont pas les petits médecins de campagne, ils sont professeurs d'université, donc ils n'ont rien à gagner... Sylvain Ruiz

Exemple d'une lettre de soutien

Simon Frakner (pseudonyme)

Professeur d'Anatomie

Chef de service de neurotraumatologie à Nantes

Je suis professeur d'Anatomie et chef de service de neurotraumatologie à Nantes. J'ai eu l'occasion d'enseigner à l'école d'ostéopathie et ai pu côtoyer ainsi nombre d'étudiants de cette discipline. Les enseignements sont de deux types:

- pour les étudiants entrant dans la pure filière ostéopathique, apprentissage très approfondi des matières fondamentales telles l'anatomie et la physiologie, et nombreux enseignements dirigés pour l'apprentissage des techniques spécifiques
- pour les médecins, kinésithérapeutes et autres spécialités voulant rejoindre le cadre des ostéopathes, enseignement succinct des sciences susnommées, considérant qu'elles ont déjà été apprises et donc retenues!

Vu de mon côté d'anatomiste, il me semble que l'enseignement pur et complet de l'ostéopathie est un pré requis nécessaire aux bonnes pratiques ultérieures d'un exercice reposant sur des diagnostics étayés par une profonde connaissance des matières de base entre autres. Or j'ai eu le sentiment que les étudiants en première année d'ostéopathie "pure et dure" étaient nettement supérieurs aux étudiants ostéopathes médecins ou kinés.

Je crois donc qu'il est impératif de reconnaître la qualité de formation des ostéopathes purs, qui par ailleurs développent parallèlement aux notions théoriques un apprentissage vrai de techniques spécifiques. En tant que chirurgien de la colonne vertébrale, je serais tout à fait désireux d'obtenir des postes d'ostéopathes dans mon service, comme cela se fait depuis fort longtemps en Angleterre par exemple. Je choisirai uniquement de vrais ostéopathes, formés spécifiquement à l'exercice d'une science complémentaire à notre prise en charge médicochirurgicale classique.

Nantes, le 28 décembre 2006

De la même manière, un autre type de soutien, celui des sportifs de haut niveau, renvoie au monde de l'opinion. Celui-ci est fondé (état de grand) sur la célébrité et la visibilité. En cela, il recoupe potentiellement le soutien des membres de la communauté scientifique, qui comprend un certain nombre de personnalités. Au sein de ce monde, « *on trouve peu de choses [...] propres à consolider et à stabiliser la relation entre la grandeur, qui vient uniquement de l'opinion des autres, et le porteur de la grandeur qui n'a pas besoin d'être qualifié par des propriétés durablement inscrites dans son être.*⁴¹ » Les auteurs soulignent ainsi le caractère non essentialiste et purement relationnel du modèle d'organisation de ce monde. La mise en équivalence des êtres ne tient nullement compte d'autres qualités que la renommée et, ainsi, « *qu'une société reçoive des cosmonautes, un chirurgien célèbre ayant réussi des greffes du cœur, un explorateur célèbre, et elle est sûre*

⁴¹ *Ibid.*, p.223.

de pouvoir attirer sur elle l'attention du public.⁴² » L'ouverture du comité de soutien, contenant déjà les membres de la communauté scientifique, aux sportifs de haut niveau connus et appréciés du grand public suit, pour une part, cette logique.

On a monté (...) un comité de soutien de sportifs de haut niveau, il faut aller voir le site « ostéopathie en danger.fr », il faut voir le comité de soutien et les noms de sportifs qui nous soutiennent, c'est quand même assez impressionnant. Sylvain Ruiz

« L'actuel ministre de la Santé, qui se défend de ' vouloir tuer l'ostéopathie ' , prendra-t-il le risque de froisser les quelque 20 millions de Français qui consultent ces praticiens, voire de contrarier les pointures du monde sportif qui se sont publiquement déclarées pour la sauvegarde de ' leur ostéopathie ' ? »

L'Equipe, 1 janvier 2007. « Les sportifs soutiennent l'ostéopathie. De nombreux athlètes s'engagent pour soutenir une version ambitieuse de cette pratique thérapeutique »,

Bien entendu, l'intervention de ces personnalités du monde sportif sur la scène de l'ostéopathie n'est pas réductible à une volonté d'accéder à l'état de grand par une simple transposition de renommée. La référence au soutien des sportifs de haut niveau mobilise également leur statut de patients. Les actes des ostéopathes sont alors associés à leurs performances, qui dépendent de leur condition physique et mentale, pas seulement de leur renommée.

« Je trouve anormal que l'on ne permette pas aux gens de profiter de ces méthodes, regrette le Charentais David Landreau, ouvreur de l'équipe de rugby de Saint-Jean-d'Angély et frère de l'ex-international Fabrice Landreau. L'ostéopathie, il connaît : Quand un kiné ou un médecin me prescrit des anti-inflammatoires et m'arrête pour deux mois pour un genou gonflé, l'ostéopathe me remet sur pied en huit jours. Pour lui, l'idéal, c'est une séance en début de saison, une autre au milieu et une à la fin. Dès que j'ai un problème, j'y vais et en 72 heures, grâce à la manipulation, c'est réglé. Avant d'y venir, comme tout le monde, il a consulté des kinés, des médecins. Ce sont d'autres sportifs qui m'ont conseillé l'ostéopathie. »

Charente Libre, 8 janvier 2007, « Les sportifs courent au secours des ostéos ».

Enfin, le monde industriel est représenté par les études portant sur la sinistralité, c'est-à-dire aux accidents liés à la pratique de l'ostéopathie. Dans ce monde, l'état de grand est représenté par ce qui est performant, fiable et opérationnel. A l'inverse, est petit ce qui est inefficace, aléatoire et inactif. Ces études permettent de prouver qu'au-delà des dispositions pratiques et théoriques concernant la sécurité du patient prises en amont, cette exigence se révèle satisfaite au regard des données du terrain. Plusieurs études ont été

⁴² Ibid., p.224.

réalisées en ce sens⁴³, et révèlent l'absence de sinistralité chez les praticiens exclusifs. Il est à noter que le terme « ostéopathie » recouvre de nombreuses pratiques et que quelques cas ont pu être répertoriés par le passé. Ces cas sont imputés soit à des ostéopathes déclarés insuffisamment formés, soit à des praticiens exécutant des manipulations dites « forcées », c'est-à-dire dépassant la physiologie articulaire, qui ont été développées et pratiquées dans le milieu médical avant d'être abandonnées car potentiellement dangereuses⁴⁴. Les études sur la sinistralité des actes ostéopathiques constituent sans doute, dans un contexte d'« evidence based medicine », une ressource d'autant plus précieuse pour un univers de pratiques largement dominé par l'empirisme, anticipant sur la validation scientifique de ses résultats et de ses modes d'actions. De la même manière, ces études correspondent à une objectivation rétroactive, une évaluation des résultats concernant la sécurité du patient de plusieurs milliers de consultations⁴⁵. Cet effort d'objectivation n'est pas laissé au hasard. Ces études sont réalisées soit par des organisations d'ostéopathes, mais selon un protocole scientifique bien déterminé, soit par des chargés d'étude indépendants.

Ils ont l'impression que leur titre de médecin confirme qu'ils apportent la sécurité aux patients... il faut savoir aujourd'hui que les rapports montrent que la sinistralité est de zéro chez les ostéopathes... mais pas chez les médecins ostéopathes... c'est un peu facile de parler de retard de diagnostic aussi... moi, quand un patient il est pas content, je vois mal pourquoi il se plaindrait pas, on sait aujourd'hui que les gens sont procéduriers et des retours de procédures, on en a des tas... nous aussi on en a des procédures, contre des adhérents du SFDO, il y en a, on en a eu l'année dernière, sauf que la sinistralité n'est pas attribuée à l'ostéopathe, c'est pas nous qui le disons, ce sont des experts... ce sont des procédures sur des accidents survenus à la suite d'une éventuelle visite chez l'ostéopathe, sauf qu'il n'a jamais été mis en évidence aujourd'hui jusqu'à preuve du contraire, pour l'instant, d'une sinistralité imputée à l'ostéopathe. C'est parfois même des retards liés aux médecins... mais attention, il y a eu jusqu'à des décès donc... on parle pas de l'entorse du petit doigt... Olivier Serrail

« Dénonçant les accidents des manipulations, ils omettent de signaler qu'ils sont extrêmement rares et ne sont le fait ni des ostéopathes, ni des chiropraticiens mais de médecins ou de kinésithérapeutes. »

Alternative Santé, avril 2006, « Ostéopathie et Chiropratique : les manipulations de l'Académie de médecine »

⁴³ Voir par exemple l'étude réalisée à la demande du Registre des Ostéopathes de France (ROF) par l'Académie d'ostéopathie de France (AO) intitulée « Analyse critique des risques attribués au traitement ostéopathique du nourrisson », *Apostill*, n°17, automne 2006. Elle s'appuie sur une recherche documentaire, une enquête auprès du groupe Axa et sur une enquête auprès de praticiens. Il faut voir ici le fruit d'un travail entrepris suite à la publication du projet de décret du 9 mai 2006 stipulant, entre autres actes, l'interdiction pour les ostéopathes non médecin des manipulations thérapeutiques chez les nourrissons de moins de six mois.

⁴⁴ De la confession même de plusieurs médecins, affirmant qu'« aujourd'hui, les médecins ont fait le tour des manipulations forcées ». (Antoine Olivieri).

⁴⁵ Environ 470 000 pour l'étude précédemment citée.

Pour confirmer les résultats de ces études, les ostéopathes mettent également en avant les faibles taux de cotisations pratiqués par les assurances professionnelles. Encore une fois, la mobilisation de cet élément permet de réaliser une objectivation, ressentie sans doute comme d'autant plus fiable qu'elle est effectuée en dehors de tout contexte moral, philosophique ou idéologique. En d'autres termes, l'incommensurabilité des finalités poursuivies (sécurité du patient/rentabilité financière) garantie l'indépendance des dispositions prises qui apparaissent favorables aux ostéopathes exclusifs.

« Je vais payer cette année 259 euros de prime de responsabilité civile professionnelle (RCP). Je n'ai pas l'impression d'être considéré par mon assureur comme quelqu'un de dangereux. »

Jean Fancello⁴⁶, interrogé par Christophe Gattusd. Le quotidien du médecin, jeudi 2 novembre 2006, n°8042. « Réglementation de l'ostéopathie. Médecins et kinés s'opposent à un statut spécifique »

*Les assureurs en fonction de leur expérience, ils savent, ils se disent bon ben voilà « si je mets tel tarif en face, je sais que ça va suffire à payer tous mes sinistres », ça c'est des calculs actuariels (...) et **comme tout produit, il faut qu'il soit rentable parce que si on encaisse plus de sinistres qu'on encaisse de primes, on peut pas survivre donc... après, comment ça se passe, les tarifs sont revalorisés tous les ans...***
Agnès Girardin (Chef de produits en assurance)

2.4.2. La sécurité du patient. Le diagnostic d' « exclusion » et la maîtrise du geste⁴⁷

Nous l'avons vu, les controverses liées à la question des études portent sur la capacité des praticiens à assurer la sécurité des patients. Celle de leur capacité à prodiguer des soins de qualité (efficacité) est moins discutée, du moins pour ceux qui sont issus de cursus considérés comme « sérieux », c'est-à-dire organisés selon les standards du DO (diplôme d'ostéopathie). Ceux-ci sont communément admis pour les établissements dispensant des formations en six années d'études, ainsi que par les différents syndicats et associations professionnelles (ostéopathie exclusive). Nous y reviendrons. A propos de la sécurité du patient, l'organisation des études des ostéopathes exclusifs est traversée par une certaine ambivalence. Si au sein de celle-ci, la sécurité du patient est fondée sur la maîtrise des modes d'intervention, elle repose avant tout chose sur des compétences qui entrent dans la directe

⁴⁶ Jean Fancello est président du Syndicat National des Ostéopathes de France (SNOF).

⁴⁷ On ne parlera pas, concernant la formation, de la réponse des ostéopathes à la question du numerus clausus et du concours d'entrée, chaque établissement définissant ses propres critères. Les praticiens ne semblent pas réfractaires à son institution dans l'optique de la création d'une profession d'ostéopathe sous un statut de profession de santé. Nous reparlerons des exigences concernant le niveau et la validation des études dans la partie III.

continuité de ce qui est enseigné en médecine. On en revient de cette manière à l'idée que nous avons développée plus haut à propos de l'autonomisation de la discipline, qui passe par une imitation du modèle (idée de mimétisme) conjuguée au développement de compétences spécifiques.

Sur la question de la sécurité du patient, le discours des ostéopathes converge premièrement sur la maîtrise des connaissances fondamentales scientifiques, qui sont la base de la pratique médicale. L'une des raisons de ce partage des connaissances avec la médecine tient au fait que la pratique de l'ostéopathie, discipline manuelle, repose sur une parfaite connaissance de l'anatomie.

Sans anatomie, on peut absolument pas pratiquer. La pratique de l'ostéopathie est une pratique avant tout basée sur la sphère palpatoire, comment évaluer une articulation, comment faire un test, comment évaluer un muscle, toute une sphère d'un segment articulaire ? Ça c'est possible de le faire qu'en possédant parfaitement l'anatomie. Et tous les collègues l'ont compris, tous les enseignements se font obligatoirement avec cette base. Patrick Vian

De la même manière, les autres matières médicales participent à une compréhension du corps et de ses troubles (dysfonctions, tensions, luxations, etc.) par le toucher. Ces matières sont citées dans les extraits, nous n'y revenons pas. Mais avant tout, les ostéopathes leur attribuent la possibilité de la maîtrise du diagnostic. Nous avons déjà vu les particularités du diagnostic ostéopathique, pratiqué par les ostéopathes exclusifs. Sa mise en œuvre n'intervient cependant jamais seule, elle se double d'un autre type de diagnostic, nommé ***diagnostic d'exclusion***. C'est à partir de celui-ci que se dessinent les limites des possibilités d'intervention du praticien. Ainsi, le diagnostic ostéopathique, orienté vers la détermination du traitement, n'est pas suffisant. Il est complété par un premier diagnostic de ce type qui, comme son nom l'indique, permet la délimitation en « négatif » d'un champ de compétences.

*A partir du moment où on reçoit des patients en **première intention**, il est tout à fait normal que les étudiants reçoivent un bagage en sciences fondamentales : anatomie, physiologie, sémiologie, pathologie médicale, chirurgicale (...) **Il faut qu'il soit parfaitement rodé, qu'il possède parfaitement les sciences de base médicales.***

Un praticien peut très bien accueillir un patient qui n'a pas de médecin référent qui vient pour une pathologie qui ne serait pas susceptible d'être traitée par un ostéopathe.

*Sur les grosses pathologies, **il est capable d'orienter**, il est capable, et ça, ça se fait déjà, **de demander un radio**, de demander une radio complémentaire, et il est tout à fait capable avec une liste de médecins qu'en général on connaît, d'orienter immédiatement soit vers un spécialiste, soit vers un médecin qui pourra établir un diagnostic médical, mais pour ça, il faut impérativement qu'il ait ce bagage, ça c'est clair.* Patrick Vian

***On n'a jamais revendiqué le diagnostic, c'est-à-dire dire cette personne a telle pathologie...** puisque même les médecins généralistes pour certaines pathologies ne le font pas (...) Nous, **on est pas là pour dire à cette personne qu'elle a un cancer du poumon**, on est là pour dire « par rapport à l'anamnèse, par rapport aux signes que je retrouve, cette personne doit aller voir un médecin pour faire une investigation plus profonde » (...) **C'est savoir jusqu'où on prend en charge une personne et à quel moment on passe la main**, il y a plein de gens qui font ça...*

*On l'apprend pour pouvoir **avoir ces réflexes et ces signaux déclencheurs** qui nous disent « là, il y a nécessité que la personne par exemple ait un suivi psychologique ou psychiatrique... » (...) On sait à un moment donné que si la personne ne va pas voir telle ou telle autre personne, elle est soit en danger, soit le travail qu'on fait ne servira à rien, **ça fait partie de notre diagnostic**.* Francis Rougon-Macquart

***Moi, j'hésite pas à dire au généraliste « Mr untel, je trouve ça, je sais pas, à vous d'approfondir... »** (...) Dans une semaine, il y en a au moins deux parce qu'il y a des gens qui arrivent avec des pathologies soit traumatiques et qui shuntent les urgences parce qu'ils ne veulent pas faire la queue ou qu'ils veulent remarcher le lendemain...*

*J'ai vu une dame ce matin, elle a chuté vendredi, elle ne voulait voir que moi, mais je lui ai dit « il faut aller voir votre médecin là, **il y a une douleur que je ne peux pas toucher sans vérifications** ». Alexandre Pérez*

Mais comme plusieurs médecins nous l'ont fait remarquer, la théorie médicale ne sert à rien si elle n'est insérée dans une démarche de mise en application. Il semble que sur ce point, les ostéopathes ne sont pas en reste et ont bien intégré cette dimension à leurs différents cursus de formation. Les praticiens, dont Jean-Marie Fongié, directeur d'établissement, et Sylvain Ruiz, étudiant, insistent sur l'existence de cliniques ostéopathiques mais également, et surtout, de stages obligatoires en services hospitaliers. Les cliniques ostéopathiques sont le plus souvent intégrées aux centres de formation en ostéopathie. Ouvertes au public, elles permettent aux étudiants de développer et de perfectionner la pratique de l'ostéopathie. De leur côté, les stages en milieu hospitalier sont destinés à confronter les étudiants à des pathologies plus importantes, qu'il ne leur est pas, ou peu, donné d'appréhender dans les précédentes cliniques. Ils leur permettent en outre d'être intégrés à une communauté de soignants et d'appréhender le mode d'organisation des soins. Les praticiens insistent autant sur l'importance de ces stages hospitaliers en terme de temps de formation que sur leur diversité (fréquentation de services de toute sorte). On

pourra voir dans ce mode de formation, calqué sur celui des médecins, une forme de survivance de ce que Nicolas Dodier a appelé la *tradition clinique*, au sein de laquelle « *le contrôle du bien fondé des pratiques est supposé s'exercer entre "pairs"* »⁴⁸. On retrouve cette dimension aussi bien dans les cliniques ostéopathiques qu'en hôpitaux, où la transmission des savoirs est rendue possible par les aînés, qui incarnent sans doute plus la connaissance que l'expérience.

On avait une obligation de 200 heures par an de stages qu'on devait trouver, nous, dans les hôpitaux, mais c'était pas des stages où on était en train de faire de l'ostéopathie, c'était des stages où on était là en observation (...) On est spectateur, mais en même temps, ça vous met face à la problématique de la prise en charge de pathologies graves ... quand vous vous retrouvez dans des centres anticancéreux ou autre... ben pendant une semaine, vous vivez dans ce milieu là, vous voyez comment ça se passe... vous ne faites rien, vous ne touchez pas les malades mais à la limite, il y a beaucoup de gens qui ne touchent pas les malades non plus à l'hôpital, et qui sont là, qui suivent le professeur, et qui écoutent ce qu'il s'y passe. Francis Rougon-Macquart

Il faut passer à l'application clinique, parce que sinon je vois pas comment on pourrait ne pas être dangereux (...) C'est grâce à toute la masse de cas qu'on va leur permettre de croiser dans leur formation qu'ils vont pouvoir avoir un panel suffisamment large de ce qu'ils vont retrouver après dans leur vie professionnelle...

Ils font des stages découverte, ils vont en bloc opératoire, ils vont dans les services de neurologie, ils vont dans les services d'orthopédie, ils vont dans les services de gynéco, ils vont au service d'urgences... voilà... Jean-Marie Fongié

Les étudiants vont à l'hôpital Raymond Poincaré avec le professeur Vallet pour l'imagerie médicale, l'hôpital Bégin, à l'hôpital privé d'Antony, à l'Université René Descartes, dans une maison de retraite, la Croix Rouge (...) En premier cycle les stages représentent 5% de l'enseignement, en deuxième année les stages représentent 23% et en troisième cycle, ça correspond à 10%, c'est quand même assez conséquent et les écoles qui sont sérieuses et qui présentent un cursus sérieux avec des enseignants universitaires n'ont pas de mal à trouver des cadres de stage... Sylvain Ruiz

A partir de ces éléments, nous voyons de quelle manière la pratique d'une ostéopathie « exclusive » s'achemine dans une direction particulière. En médecine, la détermination du diagnostic comprend deux phases. La première, qui correspond au *diagnostic différentiel*, consiste à « exclure », c'est-à-dire à déterminer ce que n'est pas, en terme de pathologie, la symptomatologie examinée. La seconde phase, le *diagnostic positif*,

⁴⁸ Cf. Nicolas Dodier, « Les mutations politiques du monde médical », *op. cit.*

a pour but de rattacher un tableau de signes cliniques à un type de pathologie, c'est-à-dire de *nommer* la maladie ou l'affection, puis de déterminer, en fonction, le traitement à suivre. A la différence des médecins, les ostéopathes utilisent les connaissances et les moyens médicaux (radiologie, scanner, IRM principalement) non pas pour exclure un type de pathologie, mais pour délimiter un champ de compétences, comme nous l'avons dit, en *néгатif*, lorsque l'affection ne relève pas du traitement ostéopathique. Il s'agit essentiellement de pathologies importantes et sous-jacentes, car les praticiens reconnaissent unanimement une certaine compétence du patient pour s'orienter vers les disciplines appropriées à leurs maux. L'enjeu du diagnostic est alors à la fois de prévenir tout *retard* de diagnostic, ce que les médecins appellent *la perte de chances au patient* – souvent invoqué lors des procès pour exercice illégal de la médecine pour des préjudices subis – mais également pour éviter des accidents de manipulation, par exemple pour certains types de cancers qui rendent les os fragiles. Dans ces conditions, le champ d'intervention des ostéopathes est particulièrement large, et recoupe potentiellement celui de la médecine. Nous avons vu cette question dans la partie consacrée aux usages (1.3.). Pour nos praticiens, la capacité diagnostique, telle qu'ils la définissent, représente un puissant ressort leur permettant de revendiquer une part de leur légitimité à exercer. N'intervenant pas de manière directe dans les soins, elle confère à la discipline une capacité à être autonome. Le fameux adage de la médecine, *Primum non nocere*, souvent repris par les ostéopathes⁴⁹, revêt alors une dimension particulière. Il ne consiste plus à ne pas nuire lors du traitement ou lors d'une erreur de diagnostic, mais à être en mesure de déléguer, c'est-à-dire de connaître ses propres limites et de reconnaître une capacité de traitement supérieure, pour certaines pathologies, aux confrères médecins.

La sécurité du patient repose pour une part sur leur capacité à établir un diagnostic d'exclusion. Mais pas seulement. Car le traitement lui-même, comme tout traitement, comporte sa part de risque et suscite de nombreux commentaires de la part des médecins⁵⁰.

⁴⁹ A de nombreuses reprises dans le discours des praticiens et dans différents articles, il confirme l'orientation « morale » de l'organisation de la pratique vers ce que nous avons identifié comme un bien commun, la sécurité du patient, ainsi que le développement de l'ostéopathie comme domaine autonome sur le mode du mimétisme. Cf. par exemple Michel Ficher, « Primum non nocere ! », *Aesculape, Revue internationale des médecines non conventionnelles*, n°1, mai-juin 1996.

⁵⁰ On pourra lire les craintes exprimées par différents acteurs sur les risques attribuées aux manipulations. Cf. par exemple le rapport de l'Académie nationale de médecine, *Rapport au nom d'un groupe de travail, op. cit.*, également le projet de décrets du 24 octobre 2006 dont les articles 1 et 2 réservent certains actes aux ostéopathes médecins (notamment manipulations crâniennes et cervicales) dans l'attente de recommandations de l'HAS.

Malgré des données de terrain favorables et face aux inquiétudes et critiques de leurs confrères médecins, les ostéopathes se doivent d'être en mesure de justifier leur capacité à satisfaire cette exigence de sécurité dans le traitement lui-même. Cette capacité s'exprime par la stricte utilisation de manipulations réalisées en deçà des limites du corps humain. Elles-mêmes reposant sur une connaissance approfondie de l'anatomie du corps humain. Les propos qui suivent illustrent le type de réponse que les ostéopathes apportent à cette exigence de sécurité, qui repose sur une *maîtrise du geste*. L'ostéopathe interrogé compare les techniques utilisées aux manipulations forcées qui ont vu le jour dans le domaine médical, en particulier sous l'impulsion de Robert Maigne :

On en respecte le principe [des manipulations forcées] mais pour nous, ça dépasse le stade physiologique articulaire. Nous, on dépasse pas la physiologie articulaire, nous on fait des manipulations où on établit un système de verrouillage, de contrôle de la sphère qu'on travaille après des tests très poussés. Nous, une séance dure entre 35, 45 minutes, voire une heure, on teste à fond pour vraiment éliminer toute possibilité de contrainte et on ne dépasse pas les physiologies articulaires (...) C'est dangereux, parce que c'est là qu'on crée des lésions. Si on ne met pas en place un système de contrôle, de verrouillage, vous dépassez les barrières et là vous pouvez créer des microlésions sur les ligaments, sur les capsules et sur les composants articulaires et ça, c'est la première chose qu'on apprend en ostéopathie, de bien posséder le système articulaire, pour pas créer d'incidents (...) [Les manipulations forcées] peuvent être source d'incidents. On ne verra jamais un ostéopathe qui travaille dans les règles ne pas respecter les tissus, ça c'est sûr, on nous apprend en base primaire, on nous dit « respectez les tissus, faites vos tests et ne faites pas des manipulations contre-nature ». Patrick Vian

Sans doute du fait de la spécificité de la nature du traitement, la sécurité du patient recouvre un sens qui semble quelque peu différent de celui qui a cours dans le domaine médical. Alors qu'au sein de celui-ci, la sécurité du patient s'évalue selon une mise en relation, pour chaque traitement dispensé, du bénéfique par rapport au préjudice subi (rapport coût/bénéfice⁵¹), l'« éthique » ostéopathique à ce sujet consiste à *ne pas nuire du tout*. Ce même rapport coût/bénéfice est totalement absent des débats. Il ne semble en effet n'y avoir aucun « coût » relatif au traitement autre que financier ; le risque étant exclusivement évalué en terme de capacité de contrôle du geste, capacité de diagnostic, comme on l'a vu plus haut. Cette composante est particulièrement récurrente ainsi que largement partagée dans l'ensemble du champ des médecines alternatives, douces, naturelles, etc. Elle rejoint un

⁵¹ Nous nous référons ici au séminaire de Philippe Urfalino, « Politique du médicament. Sociologie de la décision et de la délibération », Paris, Ehess, 2006-2007, dont une partie portait sur les procédures de l'AFSSAPS en matière d'évaluation des médicaments avant leur mise sur le marché

principe d' « autothérapie⁵² », selon lequel l'intervention thérapeutique consiste à donner au corps les capacités de se guérir lui-même. On trouvera là la marque d'une volonté de réponse alternative à une médecine allopathique qui « *utilise encore trop souvent un éléphant pour écraser une fourmi.*⁵³ »

2.4.3. Ouvrir le monopole médical : l'articulation des approches thérapeutiques

Peu à peu, nous voyons comment les ostéopathes dessinent les contours de leur discipline – de leur profession devrions nous dire, puisqu'en termes juridiques, le statut qu'ils lui revendiquent correspond à celui d'une profession – autour d'une idée d'autonomie. Dans les deux points précédents, nous avons principalement vu les éléments qui amenaient à penser la légitimité de cette autonomie comme une capacité à assurer la sécurité du patient. Si ces derniers conditionnent une capacité à exercer de manière autonome, ils ne disent rien quant à la dimension positive de l'identité de ces praticiens, outre la capacité de faire aussi bien que les médecins et les kinésithérapeutes. Tout un pan de la légitimité de l'autonomie qu'ils revendiquent à leur discipline repose en effet sur l'affirmation d'une identité spécifique, distincte de celle des autres corps de pratiques. « *Pour accéder à l'existence de profession, il faut avoir conscience d'en faire partie* » affirme l'adage du SFDO qui figure en première page de son site. Nous avons déjà vu les dimensions de la spécificité que les praticiens accordent à leur pratique (partie 1.2.2. et 1.3.1.). Nous chercherons ici à comprendre comment ces différentes dimensions permettent aux praticiens de se positionner par rapport à leurs homologues médecins et kinésithérapeutes, en les mobilisant dans une démarche identitaire. Plus précisément, ce sont les regards croisés, en provenance des différents « corps » d'ostéopathes et mobilisés par les exclusifs, qui permettent d'éclairer ces frontières et les positionnements des uns et des autres. Patrick Vian donne ainsi du poids à l'existence d'une spécificité du geste chez les ostéopathes exclusifs en invoquant le point de vue de certains médecins ostéopathes, après comparaison des pratiques :

⁵² Pierre Cornillot, « La montée des médecines différentes », in : *La revue française des affaires sociales*, n° Hors-série « Médecines différentes », mai 1986.

⁵³ Selon le commentaire de Guy de Thé qui poursuit selon ces propos : « *Quand on réfléchit aux premiers traitements par chimiothérapie, on en a froid dans le dos. Comment l'organisme parvenait-il à résister à d'aussi abominables traitements ?* » Professeur Guy de Thé, Institut Pasteur, cité par Dr Marina Carrère d'Encausse et Dr Nicolas Evrard, *La médecine de demain. Du rêve à l'interdit*, Paris, Bourin, 1992, p.114. Ces propos illustrent la place d'une réflexion qui a également cours dans le domaine médical, autour de la nocivité de traitements allopathiques, dont la nature est d'agir par des effets contraires à la maladie, donc potentiellement dommageables pour l'organisme, selon la nature du traitement et de l'affection.

*On m'a demandé de faire partie d'un groupe de travail avec des médecins dans l'enceinte du CREPS pour un peu échanger nos pratiques. **Ils ont été très surpris de voir qu'on pratiquait tout à fait différemment, on avait une vision différente, c'est-à-dire quand on faisait nos tests sur les vertèbres, c'était plus complet, on arrivait à déterminer un sens de lésion alors que les médecins, eux, c'était des tests très rapide, médicaux, de douleurs, on connaît, ils nous ont dit « c'est vrai, c'est pas le même métier ». Ils font de la médecine manuelle.***

La nécessité d'autonomisation de la discipline transparait ensuite au travers de l'expérience du même praticien, formé à la fois en kinésithérapie et en ostéopathie. Le regard que lui procure sa double formation lui permet une comparaison des deux exercices et de les penser comme incompatibles :

*J'étais moi-même kiné à plein temps, j'ai fait des études et à partir du moment où j'ai commencé à exercer, **je me suis rendu compte qu'il était absolument impossible d'exercer les deux professions, ça revenait à faire mal l'une ou l'autre, à ne plus être efficace en kiné ou à être inefficace en ostéopathie.***

Dans ces deux extraits, l'affirmation de la spécificité du geste est prédominante et se porte en principe de distinction. Mais nous avons également vu plus haut que la spécificité du geste était indissociable d'un système de compréhension qui sous-tendait la mise en œuvre du traitement ostéopathique. C'est sans doute là le trait distinctif majeur, auquel les praticiens accordent le plus de poids. « *Parce que le concept de kinésithérapie ou médical n'est pas le même que le concept ostéopathique (...) C'est pas le même métier* » (Xavier Perrone). Plus que le traitement lui-même, c'est donc une manière d'aborder et d'interroger le phénomène pathologique qui justifie leur raison d'exister à part entière aux côtés des autres disciplines.

*Les fondateurs de l'ostéo ont dit carrément « mais nous, on met en place une autre discipline, **on met en place une autre approche du corps humain** » et ça, ça a voulu être récupéré... particulièrement en France parce que c'est vrai qu'il y a le monopôle médical, en France, on dit que pour traiter quelqu'un en première intention, il faut être médecin, et ça, ça a été la source de gros malentendus parce que les fondateurs de l'ostéopathie ont dit « mais non, **si on doit travailler comme des médecins, c'est pas la peine de mettre en place une nouvelle technique quoi, on rajoute ça aux techniques médicales.** Nous on veut travailler dans un autre esprit, une autre philosophie, un autre abord du patient, on veut mettre en place d'autres systèmes, mettre en place d'autres systèmes, se servir d'autres systèmes... »*

La spécificité du système de compréhension qu'utilisent les ostéopathes s'impose alors comme principe discriminant qui permet d'opérer le partage entre les disciplines, mais aussi entre les différents praticiens. On voit dans les extraits d'entretien suivants de quelle

manière celui-ci intervient comme principe identitaire entre des praticiens qui ont uniquement la « technique », et ceux qui font usage du « concept ». Les propos des trois premiers extraits appartiennent à Francis Rougon-Macquart, les deux suivants, à Xavier Perrone :

*Des kinés oui... la FFMKR, c'est pas des ostéopathes (...) **Q : Ils ne sont pas ostéopathes mais ils revendiquent quand même l'affiliation de l'ostéopathie à leur discipline. Depuis 2002, ils ont modifié leurs statuts en conséquence...** Ah ben oui, oui, forcément, mais ils n'ont pas vraiment compris ce que c'était que l'ostéopathie... ahaha, je suis peut être un peu méchant mais... Ils ont continué à faire de la kiné en faisant des pratiques... bidouilles... un peu de techniques ostéo, un peu de kiné, un peu... Francis Rougon-Macquart*

***Il y a quelques médecins ostéos qui sont réellement ostéopathes, quelqu'un comme Francis Geymalauzault (responsable syndical) c'est un ostéopathe...** il n'y a pas de problème, le problème après derrière, c'est qu'il traîne (dans son syndicat) 95% de médecins qui ont fait un DU d'ostéopathie et qui ne sont pas ostéopathes, ils ne sont pas ostéopathes... ils ont appris des techniques que les ostéopathes éventuellement utilisent, mais **c'est pas parce qu'on utilise trois techniques d'ostéo qu'on est ostéopathe...** Francis Rougon-Macquart*

Le problème du médecin ostéopathe ou du kiné ostéopathe, c'est que à un moment donné, il faut qu'il sache qui il est (...) S'il n'est pas ostéopathe, il n'est pas ostéopathe... c'est quelqu'un qui fait de la médecine avec quelques techniques, ou c'est quelqu'un qui fait de la kiné avec quelques techniques (...) On ne peut pas être... soit on est ostéopathe quelque soit votre passé, c'est quelque chose qui vous donne votre particularité, mais vous êtes ostéopathe, ou alors vous voulez garder ce « médecin ceci ou médecin machin, ou kiné ceci, etc. » à ce moment, vous n'êtes pas ostéopathe, vous êtes quelqu'un qui utilise quelques outils et c'est tout... et c'est ce que nous, on essaie de faire comprendre aux gens...

Q : Qu'est-ce que ça veut dire être ostéopathe ? Utiliser le diagnostic, le concept, toutes les techniques qui relèvent de l'ostéopathie ?

C'est utiliser le concept, le diagnostic, les techniques... c'est pas... non ! Des techniques... l'ostéopathie, c'est pas des « techniques », et c'est pas parce que vous utilisez telle ou telle technique que vous êtes ostéopathe et que si vous utilisez telle autre technique, vous n'allez plus l'être, l'ostéopathie, c'est pas une technique. C'est une compréhension du système, c'est une façon d'analyser les patients... Francis Rougon-Macquart

Encore une fois, on n'a rien contre les kinés et il y en a plein qui disent « mais nous on veut pas être ostéo, on veut être kiné et faire bien notre boulot » et bien ils ont raison ! Et c'est eux qu'il faut soutenir, pas ceux qui veulent tout et qui n'en feront rien et qui vont la dévoyer complètement et qui vont la paramédicaliser... Xavier Perrone

Ça me met dans des colères phénoménales parce que je leur dis « vous la voulez l'ostéopathie ? Pas de problèmes, nous, on vous la donne mais vous vous appelez ostéopathe. Et vous lâchez la kiné parce que le concept ostéopathique est différent,

*la façon... l'approche clinique et l'approche thérapeutique ne sont pas les mêmes. »
Encore une fois, on peut manipuler des vertèbres, n'importe qui, le rebouteux il peut
manipuler des vertèbres... Xavier Perrone*

Pour ces ostéopathes, cette dimension de leur exercice est particulièrement importante, on l'aura compris, et ne s'improvise pas. La spécificité et l'incommensurabilité des systèmes de compréhension sont également représentés, pour ces praticiens (ce point de vue ne fait, on s'en doute, pas l'unanimité) par la difficulté pour les praticiens à circuler entre les différents systèmes. On rejoindra ainsi les propos de Max Weber qui, comme pour affirmer la prégnance de tels systèmes, affirmait à propos de la conception matérialiste de l'histoire qu'elle « ne peut pas être comparée à un fiacre dans lequel on peut monter ou duquel on peut descendre à volonté ; car, une fois qu'on y a pénétré, les révolutionnaires eux-mêmes ne sont pas libres de le quitter⁵⁴. » L'affirmation de cette incommensurabilité débouche, comme chez les médecins mais pour d'autres raisons, sur la nécessité d'une formation spécifique. L'enjeu n'est plus l'acquisition d'une compétence en terme de sécurité, à laquelle ils souscrivent en se conformant à certains aspects des études de médecine, mais d'un regard différent sur les problèmes de santé.

*Je peux vous dire, pour avoir eu en cours en même temps que moi des kinés et des
médecins, qu'il y en a certains qui en ont souffert... parce qu'ils **avaient des
automatismes, ils avaient des systèmes d'intégration et de réponse à certaines
choses qui faisait que ça perturbait leur compréhension du système, et la palpation
pour les kinés. La palpation en ostéopathie et en kiné n'est pas du tout la même et on
ne recherche pas du tout la même chose... et donc il y a énormément de kinés qui
souffraient de leur palpation... Francis Rougon-Macquart***

*Un médecin rhumatologue ou ostéothérapeute a fait des stages en médecine en
clinique mais il n'a pas fait de stages en clinique ostéopathique donc à l'inverse, il
ne sait pas ce que c'est qu'un traitement ostéopathique, on pourrait retourner
l'argumentaire (...) C'est vrai que pour exercer la médecine, il faut avoir fait des
études médicales et **nous on dit que pour exercer l'ostéopathie, il faut avoir suivi
des études d'ostéopathie.** Patrick Vian*

*Nous, on souhaiterait que les médecins continuent à pratiquer l'ostéopathie **mais à
bien se former** (...) j'en connais plein qui sont médecins et qui ont une formation
d'ostéo à part entière, c'est possible, on peut le faire, ceux-là sont ostéos, il y a
aucune raison qu'ils changent, **ces gens là vous diront l'ostéopathie et la médecine,
c'est deux choses... pareil pour les kinés...** Olivier Serrail*

⁵⁴ Cf. Max Weber, « Politik als Beruf », in : *Gesammelte Politische Schriften* (Munich 1921), p.446. Cité par Karl Mannheim, *Idéologie et utopie*, op. cit., p.72.

Considérons maintenant la place que les ostéopathes accordent à leur discipline ainsi définie. La spécificité de leur système de compréhension et de réponse aux problèmes de santé est pensée comme un moyen de diversifier les modes d'intervention thérapeutique et, par là même, d'augmenter les chances de guérison du patient. En aucun cas leur démarche n'est pensée comme exclusive⁵⁵ de toute autre approche. Les propos de Gérard Lambrot⁵⁶ résument bien cette perspective et présentent de sérieuses analogies avec ceux des ostéopathes :

Quand il y a une perturbation, on peut prétendre regarder au niveau vertébral, tout simplement au niveau des viscères, voir si un plexus peut être travaillé, détendu et on peut réguler par là la fonction. Si médicalement on n'arrive pas à résoudre, il faut penser à voir avec une autre méthode, un autre regard, voir si on peut réguler tout ça de manière naturelle (...) Mais là encore je précise bien, ce ne sont pas tous les cas qui correspondent (...) C'est pour ça que j'aime pas trop quand on voit la chiropraxie... ou l'ostéopathie comme une méthode alternative totale à l'allopathie.

On parle donc ici de complémentarité, de démarche non exclusive, etc. Il ne faut cependant pas minimiser la dimension politique de la position de ces ostéopathes. Elle ne représente pas seulement une revendication d'existence. Cet ensemble d'éléments que nous avons mis en avant – la capacité à assurer la sécurité du patient, l'efficacité thérapeutique et la spécificité d'un regard complémentaire à la fois à la médecine et à la kinésithérapie – amène à questionner la légitimité du monopôle médical et l'agencement des pouvoirs thérapeutiques⁵⁷. Nous avons déjà vu la revendication de la « première intention », c'est-à-dire de leur capacité à recevoir des patients sans qu'il y ait au préalable une prescription médicale, donc l'établissement d'un diagnostic. La légitimité de cette revendication repose à la fois sur la capacité des patients à s'orienter dans le paysage médical et, pour les égarés, sur la capacité des praticiens cette fois, à garantir leur sécurité. Cette capacité repose elle-même sur une capacité à délimiter des marges d'intervention et à orienter les patients vers les praticiens les plus à même de répondre à leur cas, lorsque ceux-ci ne relèvent du soin des ostéopathes. Ce que l'on pourra agréger à ces différents éléments, c'est une dimension critique consistant en une remise en cause du « tout médical », comme modèle universel

⁵⁵ Le rapport de ces ostéopathes à l'exclusivité est double : si celle-ci est pensée comme prétention illégitime à l'intérieur du système de soin pour toute discipline, elle devient une condition nécessaire de la qualité des soins du praticien, comme on l'a vu plus haut.

⁵⁶ Nous empruntons cet extrait à un entretien réalisé dans le cadre de notre Master 1.

⁵⁷ Nous rappelons que nous utilisons ici la notion de pouvoir comme la marge d'initiative conférée à certaines personnes ou certains groupes de personnes – définis par une appartenance à un corps professionnel, conditionnée par la formation – pour agir.

d'intervention sur le corps⁵⁸. Ce que récusent ces praticiens, c'est le caractère systématique des interventions médicamenteuses, souvent orientées vers le traitement du symptôme et potentiellement génératrices d'effets non souhaités. Pour ces derniers, l'intérêt de leur discipline est de pouvoir intervenir non seulement sur des affections pour lesquelles la médecine allopathique peine à trouver des solutions, mais aussi sur des affections qui peuvent être traitées de manière efficace, à long terme, de manière moins coûteuse et sans effets indésirables. On reconnaîtra là la mise en avant de la dimension holistique du traitement ostéopathique, donc d'une action sur la cause ; du moindre coût engendré par quelques séances d'ostéopathie par rapport aux soins classiques et enfin ; de la dimension « naturelle » des actes dispensés (non présente dans notre corpus). La mise en avant de ces différents éléments amènent les praticiens à penser une ouverture du monopôle médical et la réduction des prérogatives du médecin.

L'inverse n'est pas vrai... c'est-à-dire que les médecins ne savent absolument pas quand est-ce que ça relève de l'ostéopathie, et là, il y a un vrai problème parce que pour certaines pratiques, ils font perdre des chances à des gens en les laissant traîner avec des anti-inflammatoires ou des nourrisson avec des problèmes... euh, des problèmes qui pourraient être réglé en une ou deux séances d'ostéopathie et ces gens se retrouvent à avoir des chirurgies lourdes, à avoir des complications éventuelles... au niveau Santé publique, ça a un coût énorme, tout simplement parce qu'ils ne connaissent pas le champ de l'ostéopathie et qu'ils ne savent pas, eux, déléguer...

On a toujours trop tendance à médicaliser, oui, c'est une bonne chose mais il y a d'autres praticiens qui pourraient intervenir dans la chaîne thérapeutique...

Il y a pas de concurrence pour nous, c'est là qu'on a introduit un faux débat, il n'y a pas de concurrence. Il y a une fausse idée de monopôle, on a trop dit aux médecins « vous pouvez tout faire » et d'ailleurs ça c'est révélé avec les dentistes où les stomatologues ont poursuivi les dentistes (...) parce qu'ils faisaient des extractions et de la chirurgie... réservées aux médecins, donc il y a eu des poursuites de dentistes jusqu'à ce que la loi Schuman et les décrets d'application fixent un statut pour les dentistes et fixe un diplôme de chirurgie dentaire mais avant c'était la foire d'empoigne, parce qu'il y avait un monopôle, il y a un monopôle des médecins : le médecin peut tout faire, oui mais est-ce que c'est souhaitable ? Qu'il puisse tout faire dans le domaine de la médecine, c'est plus que souhaitable, mais pratiquer toutes les disciplines et dire « je peux faire moi toutes ces disciplines là en ayant un titre de médecin » il y a une réflexion qu'il faudrait lancer... Patrick Vian

⁵⁸ On passera rapidement sur cet aspect de la critique, déjà identifié dans plusieurs ouvrages comme un trait récurrent du champ des médecines alternatives aussi bien du point de vue des patients que des praticiens. Nous nous référons à notre mémoire de Master 1 et citons par exemple les articles de Françoise Bouchayer, « Les usagers des médecines alternatives : itinéraires thérapeutiques, culturels, existentiels », et celui de Pierre Cornillot, « La montée des médecines différentes », in : *La revue française des affaires sociales*, n° Hors-série « Médecines différentes », mai 1986.

On a beaucoup de patient qui arrivent qui ont fait un peu le tour, on leur a rien trouvé et ils aboutissent dans un cabinet d'ostéo donc on fait notre anamnèse, on regarde la personne et si on peut l'aider, on l'aide. Si je suis pareil que les autres, je vais pas lui dire qu'il y a des miracles ici mais très souvent, on arrive à trouver quelque chose que quelqu'un n'a pas pensé. Ce qui est dommage, c'est qu'au lieu d'être au bout de la roue, on soit pas au début. Parce que moi, je suis prêt à être au début et à faire du tri, ça ne me dérange absolument pas. Alexandre Pérez

Pour terminer cette partie, on pourra souligner le fait que l'ensemble du travail normatif que mettent en jeu les ostéopathes se construit autour, et par rapport, aux pouvoirs des médecins, moins envers ceux des kinésithérapeutes. La délimitation d'un champ de compétence spécifique, avec des prérogatives équivalentes à celles des médecins, nous semble refléter une nécessité d'émancipation de la structure de pouvoirs institutionnels et symboliques à la tête de laquelle figurent les médecins. La kinésithérapie fait l'objet de moins d'attention en raison de la portée normative moins importante que représentent les positions de ses professionnels. Elle est par ailleurs exclue du domaine de l'ostéopathie de la même manière que l'est la médecine en raison de l'incommensurabilité de ses techniques et système de compréhension du corps et de la maladie.

Le métier de kiné est un métier nécessaire à la médecine mais quand vous commencez à toucher à la neurologie, à la rhumatologie, à la pédiatrie, que vous touchez à d'autres fonctions, là la kiné elle s'essouffle un peu, elle n'a plus véritablement d'efficacité mais encore une fois, nous, on ne soigne pas les caries dentaires, vous voyez ce que je veux dire, on fait pas naître les bébés, même si on s'en occupe, chacun a sa place, et tout va bien... Xavier Perrone

Partie III. Les perspectives politiques de la structuration des cultures ostéopathiques

Au cours des parties précédentes, nous avons peu à peu dégagé différentes dimensions corrélatives de cultures ostéopathiques distinctes. Nous avons également vu comment les praticiens qui, à un moment donné de leur parcours, s'inséraient au cœur de celles-ci, s'en appropriaient les codes, le langage, les conventions, les normes. En d'autres termes, nous avons vu de quelle manière la composition de ces cultures de soin, leurs éléments, constituaient autant de ressources mobilisables par les praticiens pour justifier et légitimer leurs perspectives (Partie II.). Nous avons ainsi voulu montrer ce que les praticiens devaient aux différentes dimensions de ces « mondes sociaux » dans leur manière de penser, d'agir, de construire différentes options politiques. Présentées de la sorte, nous avons fait apparaître ces cultures de soin comme des ensembles relativement pérennes quant à leurs caractéristiques, malgré des possibilités de configurations variées, par exemple la tension, du point de vue des concepts et des techniques utilisées, entre ostéopathie « orthopédique » et ostéopathie « globale » au sein de l'ostéopathie médicale. Nous n'avons pas ou peu envisagé les facteurs de leur évolution. Nous avons l'image, mais pas le mouvement.

Dans cette nouvelle partie, la question de la structuration¹ des mondes de l'ostéopathie est une entrée permettant d'appréhender deux choses. Elle permet tout d'abord de rompre avec une (re)présentation statique des différentes cultures ostéopathiques et d'essayer de fournir les éléments permettant d'appréhender la dynamique de leur constitution. De la sorte, elle permet de renouer avec une perspective plus directement interactionniste, en mettant l'accent sur la dimension temporelle, en envisageant ces cultures comme des *processus*, non comme des états². Ensuite, elle permet de comprendre la manière dont les praticiens, forts des éléments des différentes cultures de soin qu'ils se sont

¹ Par structuration, nous désignons à la fois l'organisation et le développement de « réseaux » de praticiens et de dispositifs spécifiques. Cette terminologie renvoie également à l'organisation de la répartition des pouvoirs à l'intérieur des cultures ostéopathiques en relation avec des objectifs particuliers.

² En lien avec une conception meadienne de la société, qui insiste sur le fait que « *les significations sont construites au cours des interactions entre les acteurs, et ne sont pas immanentes aux "objets" qui composent la société – institutions, groupes sociaux, lois, activités, etc. Au contraire, ces "objets" sont soumis à un processus continu d'interprétation, qui détermine la manière dont les acteurs sociaux agissent envers eux.* » Cf. l'introduction de J.-M Chapoulié à Howard Becker, *Outsiders, op. cit.*, p.16, et également « Une perspective en terme de monde social », in : Anselm Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992, p.269.

appropriés, envisagent de nouvelles perspectives quant à leur discipline. Cette question de la structuration représente pour nous une entrée cohérente qui permet d'interroger la place qui est accordée à l'ostéopathie au sein de chaque culture et, d'un point de vue plus prospectif, la place que l'on souhaite lui accorder. Elle représente en outre une dimension importante du travail politique. En effet, l'établissement de pouvoirs légitimes nous semble reposer sur une double activité : un *travail normatif*, destiné à définir les critères de la légitimité ; un *travail de représentation* ou de *médiation*, qui a pour but de véhiculer les normes créées, de les faire reconnaître. En termes interactionnistes, il s'agit de *créer du réseau*, d'élargir les frontières du monde au sein duquel elles sont valides. Le travail de structuration à l'œuvre dans les cultures ostéopathiques nous semble répondre à l'organisation de cette double activité.

Afin de développer ces différents points, la notion de *convention* utilisée par Howard Becker dans les *Mondes de l'art* s'avère particulièrement utile. Nous adopterons cependant une perspective quelque peu différente à la sienne. Reprenant David K. Lewis, les conventions représentent pour l'auteur « *le moyen que tout le monde a adopté pour résoudre le problème de coordination.*³ » Elles revêtent ainsi avant tout un rôle pragmatique qui vise à coordonner l'action collective, car elles « *procurent à tous les participants aux mondes de l'art les bases d'une action collective appropriée.*⁴ » Nous conserverons cette idée, mais nous lui adjoindrons une dimension politique. Car parler de la structuration des mondes de l'ostéopathie, c'est parler de la manière dont des idées et des options politiques prennent corps dans des dispositifs, qui rendent possible leur mise en application, leur défense ou leur représentation et, partant, leur pérennité. En cela, ce travail de structuration concrétise le passage de l'option politique à la forme politique⁵. Nous conserverons également chez lui l'idée selon laquelle la valeur d'une convention, ou d'une « option politique », est liée à « *la convergence de vues entre les participants aux mondes de l'art*⁶ », mais nous la positionnerons en tant que finalité (l'une des finalités) pratique du travail politique entrepris par les praticiens. Quelque chose d'assez différent, en somme, d'un processus de normalisation par habitude ou par nécessité.

³ Cf. Howard Becker, *Les mondes de l'art*, *op. cit.*, p.78.

⁴ *Ibid.*, p.65.

⁵ Nous renvoyons sur ce point de vocabulaire à la partie 2.1. et rappelons l'emprunter à Nicolas Dodier, *Leçons politiques*, *op. cit.*

⁶ *Ibid.*, p.150, et également p.88 « *tous ceux qui partagent ce savoir peuvent agir de concert selon des modalités inhérentes au réseau de coopération qui est la condition et la caractéristique d'un monde de l'art.* »

Dans le même ouvrage, les figures de l'*esthéticien* et du *critique*⁷, définies par un certain rapport aux conventions du monde duquel elles sont issues, nous sont utiles afin de proposer un modèle de compréhension du rôle des acteurs au sein des différentes cultures de soin et des perspectives du changement. L'esthéticien, tout d'abord, est le personnage qui émet des avis sur les œuvres d'art en référence à un système philosophique qui définit les critères du « beau », ce qui est de l' « art » et ce qui n'en est pas, etc. Tirant la légitimité de son point de vue de la « connaissance » qu'il mobilise, il s'impose en tant que juge normatif et garant du jugement moral. En cela, il est facteur d'immobilisme et pérennise les conventions du monde dans lequel il évolue. Mais il n'est pas seul, le critique participe pour sa part à l'intégration continue de nouvelles valeurs, réactualisant en permanence la théorie génératrice de valeurs. Becker note qu'avec la venue de nouveaux artistes, le critique s'affiche régulièrement en réaction par rapport à l'esthétique officielle, ce qui pointe d'une part l'absence de monopole en matière esthétique, et d'autre part l'importance du travail définitionnel entrepris par les différents acteurs en vue de légitimer les valeurs, les codes, le langage, les conventions qu'ils véhiculent et pour lesquels ils revendiquent un certain statut. Bien que cela ne soit pas le propos dans l'ouvrage de Becker, nous nous proposons d'utiliser ce couple esthéticien/critique comme schéma explicatif du rapport aux conventions, en terme de liberté/contrainte. Plutôt que d'isoler les deux pôles de l'un des « *dilemme fondateur de la sociologie*⁸ » entre une posture déterministe et une posture antidéterministe, nous ferons l'hypothèse que l'individu a la possibilité de circuler entre chacun d'eux en adoptant successivement le rôle de l'esthéticien puis celui du critique, et que cette possibilité repose sur une capacité à maîtriser des conventions du monde, ou du segment, à l'intérieur duquel il évolue.

Selon ce schéma, l'individu qui pénètre une culture de soin est dans un premier temps esthéticien, partiellement déterminé par les codes et conventions de la culture dont il participe ainsi à l'inertie et à la pérennité. Dans un deuxième temps, ayant acquis la maîtrise des « règles du jeu » et donc de leurs limites (parfaite connaissance de celles-ci et mise à l'épreuve sur le terrain), il devient en position d'être critique, c'est-à-dire qu'il acquiert au même moment la capacité, ou la compétence, de confronter les fruits de son apprentissage à sa propre expérience : soit la capacité de discuter les conventions de sa propre culture⁹. Ces

⁷ *Ibid.*, chap.5 « Esthétique, esthéticiens, critiques », p. 150.

⁸ Souligné par Isabelle Baszanger, Introduction à A. Strauss, *La trame de la négociation, op. cit.*, p.48.

⁹ Nous nous appuyons en partie sur une analyse de Pierre Bourdieu et Rosine Christin sur la réforme de la

deux figures correspondent alors, pour chaque praticien, à des « étapes » liées à la connaissance et à la maîtrise des conventions de la culture au sein de laquelle il évolue. Si la seconde figure conditionne le changement, celui-ci n'est pas inéluctable, et reste largement indéterminé. Il n'y a pas lieu de parler d'une critique exclusivement, ou même principalement orientée vers le changement. Certaines sont en effet radicalement conservatrices. Ce schéma sous-tend ensuite l'idée selon laquelle tout changement prend forme à l'intérieur d'une « structure » existante, aussi minimale soit-elle, et rejette l'idée de création *ex nihilo*. Howard Becker explique que les changements à l'intérieur des mondes de l'art sont rendus possibles à partir du moment où se crée un réseau de coopération suffisant, qui réunit des personnes qui n'avaient jamais coopéré avant¹⁰. Certains changements n'exigent aucune réorganisation profonde des activités coopératives (changements continus), tandis que d'autres entraînent une modification du langage et des conventions (révolutions). Mais dans un cas comme dans l'autre, le changement s'effectue à l'intérieur d'un monde ou à partir d'un monde, et suppose une certaine connaissance de ses conventions. C'est une idée qui a été développée par Boltanski et Thévenot en formalisant des modèles de compétence partagés par tous les acteurs, qui ont la capacité de se référer à des valeurs communes et, plus précisément, à des modèles de justice¹¹.

A partir de ces éléments, nous comprenons le changement de perspective que nous voulons adopter. Il correspond au modèle explicatif plus général que nous proposons. Après avoir montré de quelle manière une culture de soin avait la capacité d'influer sur la trajectoire professionnelle des praticiens en termes de « vision du monde », nous voudrions montrer de quelle manière les praticiens, ayant intégré les codes de la culture à l'intérieur de laquelle ils évoluent, acquièrent la capacité de se saisir de leurs « destins » respectifs, en construisant les outils permettant la maîtrise de leur devenir. C'est en ces termes que nous définissons la nature du travail politique, dont l'une des dimensions consiste, ici, en un

politique du logement du milieu des années 1970. Cf. Pierre Bourdieu et Rosine Christin, « La construction du marché. Le champ administratif et la production de la "Politique du logement" », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n°81-82, mars 1990. Celle-ci met en évidence le fait qu'une réforme en la matière est rendue possible à la fin des années 1970 par une minorité agissante de hauts fonctionnaires capables de surmonter les immobilismes du « champ » de la haute fonction publique du fait de leur parfaite maîtrise des « rouages » du champs administratif, de leur légitimité institutionnalisée, mais surtout de la détention de « propriétés rares », correspondant à un déplacement des normes de compétence (valeur) vers un « capital bureaucratique » à dominante « technique » (procédures rationalisées et formalisées, modélisations mathématiques, etc.). En résumé, les auteurs montrent que les révolutionnaires sont, dans le cadre de la politique du logement, des nantis.

¹⁰ Cf. Chap.10 « Les changements dans les mondes de l'art », in : Howard Becker, *Les mondes de l'art*, op. cit.

¹¹ Cf. Boltanski et Thévenot, *De la justification*, op. cit.

travail de structuration. Nous circulons ainsi sur un axe liberté/contrainte – la liberté conditionnant les perspectives de changement – et basculons d’une focalisation sur les trajectoires et expériences individuelles des praticiens à une focalisation sur les trajectoires des différentes cultures de soin, pilotées par les praticiens. Ce que nous décomposons analytiquement en grandes étapes doit être compris comme un ensemble continu et intégré composé de praticiens de différentes générations en interaction permanente. Cette perspective ne sous-tend pas une interprétation en terme de signification ou d’orientation du changement, elle doit être comprise ici comme permettant d’expliquer les possibilités et les capacités de changement à *l’intérieur* des cultures ostéopathiques, sans présupposer le sens de leurs évolutions.

Dans cette partie, nous nous attacherons à décrire les différentes modalités de ce travail de structuration. Afin d’adopter une démarche compréhensive, nous chercherons à mettre en relation les différents types de structures rencontrés aux modes d’action qu’elles mettent en œuvre. La structuration des différentes cultures ostéopathiques permettant en effet d’orienter le travail de légitimation selon plusieurs directions, et sur différentes arènes, à la fois distinctes et complémentaires¹². Nous verrons que les différentes structures permettent d’assurer et de coordonner la défense des intérêts matériels et moraux des praticiens (syndicats) ; la défense et la médiatisation de la profession ou de la pratique (associations) ; de développer la recherche (associations de recherche, académies et sociétés savantes) ; de structurer l’enseignement (structures et dispositifs coordonnant l’enseignement) ; le contrôle des professionnels en exercice (structures et dispositifs à vocation ordinale). Du point de vue de la structuration des cultures de soin ostéopathiques, nous nous intéresserons essentiellement aux deux principales (médicale et exclusive) pour une raison simple : le travail politique entrepris par la frange de kinésithérapeutes non dissidente se résume à des options politiques, c’est-à-dire à des prises de position et, sur le terrain de la structuration, principalement à un travail de représentation de la part des syndicats. Dans les autres domaines (enseignement, recherche, etc.) est tout juste balbutiant, voire inexistant, comme nous le verrons. Par ailleurs, nous nous en tiendrons aux *perspectives* développées par les différentes associations. La question de leur traduction concrète, de leurs effets ou de leur popularité parmi les praticiens reste complexe et multiforme. Elle n’est par ailleurs pas de

¹² Nicolas Dodier postule de cette manière l’éclatement du travail politique en des arènes distinctes. Cette perspective s’appuie elle-même sur un parti pris à la fois théorique et méthodologique qui consiste à considérer l’agencement des pouvoirs au pluriel. Cf. Nicolas Dodier, chap.1 « Qu’est-ce que le travail politique ? », *Leçons politiques...*, *op. cit.*,

notre ressort. Celle qui nous occupe ici est avant tout de comprendre comment les praticiens *imaginent* l'espace dans lequel ils évoluent, en relation avec les événements extérieurs et les réseaux d'interactions au sein desquels ils s'inscrivent.

3.1. L'ostéopathie médicale : le ressort de la structure existante

Nous avons vu que le développement de l'ostéopathie par les médecins conservait un ancrage important dans la « culture médicale » de laquelle ils sont issus, en en reprenant les « codes » ou les « conventions », que ce soit au niveau des modes d'intervention sur le corps, du système de compréhension utilisé ou de la manière de penser les « limites » (au sens où nous les avons appréhendées). Le schéma selon lequel les médecins ostéopathes structurent l'« environnement » de leur pratique répond très directement à cet ancrage. On peut relever une nette continuité entre les structures créées et les structures de l'institution médicale, dans la continuité des prises de position que nous avons décrites dans la partie précédente. Les dispositifs et les instances propres à l'ostéopathie permettent de prolonger la structure existante et de l'adapter aux nouvelles nécessités liées à la volonté d'intégrer la discipline au domaine de la médecine. Cette continuité s'exprime de plusieurs façons : par la perpétuation du respect et de l'attachement aux structures existantes qui régissent la profession (Ordre des médecins, inscription sur les listes préfectorales, code de la Santé Publique) ; par la mise en place d'une solidarité active entre les structures proprement ostéopathiques et les principaux syndicats de la profession, sans oublier l'Académie de médecine¹³ ; enfin, par l'adaptation de nouvelles structures d'enseignement autour du cadre existant (le DIU de médecine manuelle-ostéopathie). Parmi les structures de l'ostéopathie médicale, on trouvera deux syndicats de praticiens (SNMO et SMMOF¹⁴), une association pour la défense et la reconnaissance de l'ostéopathie médicale (Ostéos de France) ; une structure d'enseignement (FEMMO) affiliée à une association de réflexion sur l'enseignement et la situation de l'ostéopathie française (AIDMO) ; et enfin, deux sociétés savantes (SFO et SOFMMOO). Si la plupart de ces structures existaient avant, voire bien avant l'avènement de la loi du 4 mars 2002, cette dernière a eu un effet considérable à double égard : d'une part sur le renforcement ou le développement de certaines de ces structures ; d'autre part sur leur mise en relation et leur organisation en un ensemble, sinon

¹³ Voir annexes 11 et 12, p.XVII et XIX.

¹⁴ L'explicitation des différents sigles figure p.175.

homogène, du moins cohérent et solidaire¹⁵.

3.1.1. Fédérer et harmoniser la formation des médecins ostéopathes. *La FEMMO*

Nous avons déjà abordé la question de la formation des médecins ostéopathes (points 1.2.4. et 1.2.5.). Nous avons vu, historiquement, que les premiers médecins ostéopathes étaient formés à l'étranger, principalement Etats-Unis et Grande Bretagne, puis enseignaient à leur tour au sein de groupes associatifs créés spontanément, dispersés d'un point de vue géographique et isolés les uns des autres. Si certains médecins étudient encore l'ostéopathie à l'étranger ou dans les collèges ostéopathiques de formation initiale – plutôt destinés aux non médecins – la plupart intègrent les diplômes inter-universitaires (DIU) de médecine manuelle-ostéopathie et/ou participent à l'activité de groupes de formation pour médecins. Pour la plupart, ces groupes sont aujourd'hui regroupés sous l'égide de la FEMMO (Fédération Française et francophone des groupes d'enseignement de Médecine Manuelle-Ostéopathie).

Lors de sa date de création, en 1985, la FEMMO se nomme FEMM (Fédération d'Enseignement de Médecine Manuelle) et regroupe alors cinq groupes de formation. Au fil des années, de nouveaux groupes rejoignent l'organisation, jusqu'à constituer un corps de vingt et un groupes de formation. La modification du nom de celle-ci rend compte de son évolution et de ses orientations. L'ajout de « française et francophone » témoigne en outre de l'élargissement de sa structure à des groupes étrangers, et son développement vers l'international. Elle compte en effet parmi ses membres un groupe belge ainsi qu'un groupe suisse. Le double qualificatif de « médecine manuelle-ostéopathie » renvoie quant à lui à la distinction opérée entre deux orientations thérapeutiques présentes dans le champ de la médecine, nous y reviendrons.

Les différents groupes présents au sein de la FEMMO sont donc initialement des organisations privées¹⁶, à la fois locales et informelles. Locales, comme le montrent les dénominations même de ces groupes (par exemple le GEMM68, Groupe d'enseignement de

¹⁵ Une première approche de ce réseau d'affinités consistera à remarquer sur les sites Internet des différentes organisations l'importance des liens qui permettent de naviguer entre chacune d'elles.

¹⁶ Il est intéressant à ce titre de relever que la plupart des sièges sociaux de ces groupes sont domiciliés à l'adresse personnelle de ceux qui les dirigent.

la Médecine manuelle d'Alsace, ou le GEMNORD, Groupe d'enseignement des manipulations articulaires-Nord). Informelles, car elles ne disposent d'aucune forme de reconnaissance officielle (de la part des instances médicales reconnues) ou légale¹⁷. Ayant initialement pour vocation d'organiser la formation des médecins, son principal objectif aujourd'hui est d'amener les médecins ostéopathes à acquérir des compétences et connaissances communes. C'est à ce titre qu'elle a récemment adhéré aux critères de formation définis par le World Osteopathic Health Organisation (WOHO) et l'European Register Osteopathic Practicer (EROP). L'EROP, développé par le WOHO, est un référentiel de formation et de pratique professionnelles visant à harmoniser les compétences des praticiens au niveau européen.

Quel est le rôle de la FEMMO ?

*Ça a été au départ une fédération faite par les quelques dirigeants des groupes qui existaient à l'époque, qui se sont dit « **c'est trop bête de faire chacun notre petit truc dans notre coin, il faut qu'on se fédère, qu'on se rencontre** ». Pierre Cohen*

Au sein de la FEMMO, les groupes ne perdent ni de leur autonomie, ni de leur singularité. Leur adhésion n'implique pas une fusion de ces groupes en une structure commune. Le rôle de la FEMMO consiste à fédérer et à coordonner l'action de ces différents groupes autour de plusieurs objectifs. Celui de permettre une bonne lisibilité de l'offre de formation ainsi qu'une facilité de circulation des futurs ostéopathes entre les différents groupes, selon des programmes répondant aux critères de l'EROP. Celui également de valider les formations dispensées, par la délivrance de deux diplômes internes à la FEMMO. Plusieurs temps forts marquent le fonctionnement de cette structure associative loi 1901. Elle est tout d'abord chargée de planifier des rencontres entre les moniteurs des différentes écoles afin de favoriser les échanges pédagogiques et technologiques (les « journées des moniteurs »). Elle organise ensuite des journées de réflexion destinées à harmoniser les programmes de formation et à améliorer les prestations pédagogiques. Elle coordonne également l'organisation d'un « Congrès scientifique annuel », pris en charge à tour de rôle par chacun des groupes de formation. Cet événement a pour fonction l'élaboration d'un bilan annuel des réflexions menées sur la pédagogie, les techniques de soin et le traitement d'affections particulières. En dernier lieu, la FEMMO anime une commission scientifique

¹⁷ Du point de vue de l'habilitation à exercer l'ostéopathie. Car elles sont toutefois légales du point de vue de leurs statuts et de leurs activités (associations loi 1901 pour la plupart).

qui a pour but de centraliser et de diffuser les travaux de recherche menés dans le domaine mais qui, de l'aveu de Pierre Cohen, « n'a pas été très active jusque là » même si la fédération affirme la volonté de développer ces activités.

Au-delà de cet ensemble d'objectifs, le mode de fonctionnement de la FEMMO et l'existence des deux diplômes témoignent à plusieurs égards de la place accordée à l'ostéopathie et de la labilité de ses contours dans le champ de la médecine. Plus précisément, elle met en évidence la présence d'un conflit de définition sur ce que doit être un enseignement de bonne qualité et, surtout, conforme à l'idée que l'on se fait de la discipline. Dans l'impossibilité de trancher entre les deux options en présence, la FEMMO a instauré ces deux diplômes : l'un sanctionnant une formation en médecine manuelle (dimension structurelle) ; l'autre une formation selon des critères anglo-saxons, couvrant l'ensemble du champ parcourus par les ostéopathes exclusifs (viscéral, crânien, etc.). Dans la lignée des points développés plus haut (cf. partie II.), on relèvera dans un premier temps la restriction des formations dispensées aux seuls médecins. Les membres de la FEMMO ont fait de cette règle un critère d'admission des groupes de formation. L'une des justifications de cette règle repose sur le statut du titre de « docteur en médecine », revendiqué comme la garantie d'une formation de haut niveau (en terme de qualité et de compétences). De cette justification découle la configuration même des enseignements, qui supposent acquises les bases fondamentales de la médecine. Cette règle du « doctor only » s'applique également aux enseignants, mais cela de manière plus récente en raison de l'avènement de la loi du 4 mars 2002 qui a amené les différents « corps » d'ostéopathes à durcir leurs positions les uns à l'égard des autres. Pierre Cohen, membre de la FEMMO, nous a rapporté certaines « exceptions » à cette règle qui avaient créé des « remous internes ». Derrière des clivages d'ordre politique les médecins invoquent également des raisons légales. La loi actuelle en vigueur¹⁸ réserve en effet le diagnostic et le traitement conduisant à la pratique des manipulations vertébrales aux seuls médecins. Bien plus que la soumission à celle-ci, que d'autres ne respectent pas de longue date, l'invocation de cette raison reflète avant tout un certain attachement à la culture médicale et à ses conventions, via le titre universitaire. Pierre Cohen laisse cependant planer le doute quant à la pérennité de leur position, rivée aux évolutions juridiques, considérées, non en tant que telles, mais en tant qu'elles modifient les

¹⁸ C'est-à-dire en l'absence des décrets d'application de la loi du 4 mars 2002, qui pourraient être en mesure de modifier les conditions d'application des textes de loi antérieurs (notamment l'arrêté du ministre de la Santé du 6 janvier 1962 et l'article 371 du Code de la Santé publique).

prérogatives du statut du médecin. L'extrait suivant illustre la double perspective politique et juridique que nous avons mentionnée, et témoigne de l'attachement fort au statut de médecin¹⁹ :

Je dis pour l'instant parce qu'après, ça va dépendre des décrets aussi. Pourquoi c'est interdit ? [l'ouverture des formations et de l'enseignement aux non médecins au sein de la FEMMO] D'abord pour des raisons de défense corporatiste, parce qu'on sentait bien effectivement que depuis des années les ostéopathes non médecins prenaient de l'importance dans le paysage ostéopathique si l'on peut dire... et donc, on voulait faire valoir la formation, améliorer la qualité du médecin ostéopathe. Il est bien certain aussi que, sur le plan légal, étant médecin, on est obligé de respecter la loi. Or la loi jusqu'à maintenant encore est qu'il n'y a que les médecins qui ont le droit de faire de l'ostéopathie.

Le rôle de la FEMMO recouvre ensuite une dimension éminemment prospective concernant la question de l'enseignement – à laquelle elle dédie l'essentiel de ses actions – et, d'une manière plus générale, l'ensemble de la profession. La coordination des différents groupes de formation existants au sein d'une structure commune repose sur un constat : celui du caractère insuffisant et incomplet des DIU de médecine manuelle-ostéopathie, la seule structure de formation officielle existante²⁰. Cette insuffisance s'exprime en relation avec les possibilités de traitement qu'offre d'une manière générale les thérapeutiques manuelles, que l'on exerce la médecine manuelle *stricto sensu* ou l'ostéopathie dite « globale »²¹. Ces possibilités sont connues – chez d'autres praticiens, pas toujours médecins – ou supposées, et demandent alors un investissement tant dans le domaine de la recherche que dans celui de l'enseignement. Ces médecins, comme l'ensemble des organisations de médecine ostéopathique, affirment une volonté à la fois d'asseoir les compétences du médecin ostéopathe sur un haut niveau de compétences et d'assurer une présence forte des médecins

¹⁹ Nous avons relevé plus haut le fait que, d'un point de vue syntaxique, la dénomination même de « médecin ostéopathe » fait du titre d' « ostéopathe » un qualificatif, un attribut, ce qui exprime le fait que le médecin ostéopathe est médecin avant d'être ostéopathe.

²⁰ Nous avons mentionné plus haut qu'elle est également la seule reconnue par les instances médicales officielles (Ordre et Académie) et à donner droit à apposer la mention « ostéopathe » sur les plaques professionnelles. A propos de cette formation, J.J. reconnaissait l'avoir suivie pour « avoir le parchemin » et tenait, à son sujet, les propos suivants : « il y avait une partie de travaux pratiques qui reprenait un petit peu ces mêmes conceptions d'entraînement du geste, mais qui n'étaient pas... très longues. Et puis on avait une formation théorique, parce qu'il faut bien faire de la théorie à l'université, donc on avait des cours qui étaient très bien faits d'ailleurs, mais qui... ne m'ont pas été inutiles, toute formation qu'on fait n'est jamais inutile mais qui ne m'a rien apporté sur le plan ostéopathique, par contre elle m'a apporté des choses sur le plan des rappels diagnostic, radiologique... parce que c'est des trucs que j'avais fait 20 ans avant... »

²¹ Il est intéressant de relever le fait que ce sentiment d'insuffisance des DIU semble également partagé par les enseignants de ces DIU. Comme nous le faisons remarquer Pierre Cohen, un certain nombre d'enseignants ont intégré la FEMMO en tant qu'association des enseignants de DIU, avec la volonté de proposer un complément de formation informel. Il indique aussi que ces enseignants, très liés au monde hospitalo-universitaire, ne s'aventurent généralement pas sur le terrain de l'ostéopathie « globale », au sens où nous l'avons définie.

sur les différents fronts de ces pratiques (nous en distinguons deux, nous allons y revenir). Les propos de Patrick Varlet, chargé de l'organisation de la journée des moniteurs du 10 novembre 2007, expriment clairement cette volonté :

*Le diplôme inter-universitaire délivré dans notre pays est, nous le savons tous, un diplôme qui ne se contente pas de la médecine manuelle, il nous reconnaît également, et ce de manière officielle en tant qu'ostéopathe, et à ce titre **nous nous devons d'être là aussi au sommet de la pyramide, sans laisser un vide se créer**, la nature en a horreur et d'autres que nous s'y engouffrent. Il me semble que **nous aurions tout bénéfique à aborder le fonctionnel comme nous l'avons fait avec le structurel** : avec richesse, qualité, singularité et consensus. Il ne fait aucun doute qu'une telle approche **nous apportera une vision rationnelle et uniciste qui manque parfois**²².*

Si cette volonté s'exprime de manière relativement consensuelle, elle ne réduit pas pour autant la polarité qui oppose, ou pour le moins distingue, ostéopathie et médecine manuelle. L'existence, au sein de la même organisation, de deux diplômes en témoigne. Le premier diplôme (Validation de formation supérieure en médecine manuelle-ostéopathie) s'inscrit dans la continuité des DIU. Il en reprend l'intitulé et vise à fournir aux étudiants un complément de formation pratique. Pierre Cohen insiste sur le fait qu'il s'agit d'un diplôme de médecine orthopédique à dominante structurelle. Nous ne revenons pas sur ces distinctions que nous avons établies dans la partie 3.1. Le second diplôme, conçu sur le modèle américain du point de vue du programme et du nombre d'heures de formation, est destiné à assurer une formation « *complète* » en ostéopathie, tenant compte des acquis des étudiants concernant les matières médicales. Il s'adresse aux médecins qui n'ont aucune approche préalable de l'ostéopathie comme à ceux qui ont la volonté de s'intéresser aux autres « *composantes* » de la discipline, c'est-à-dire, à l'instar des ni-ni, à l'ostéopathie crânienne, viscérale, fluidique, etc. L'originalité de la structure d'organisation de la FEMMO, et sa souplesse, consiste à être ouverte à ces deux approches et de s'adapter, si l'on peut dire, aux « *reliefs du terrain* ».

L'ostéopathie viscérale, crânienne, on laisse chaque groupe libre de l'aborder ou pas. On les oblige pas à adhérer à des concepts dont ils ne veulent pas. Pierre Cohen

Ainsi, il n'existe pas d'homogénéité de formation entre les différents groupes d'enseignement qui composent la fédération. Les seules exigences pèsent sur l'harmonisation et la coordination des programmes d'enseignement, et sur le « *minimum d'un programme d'ostéopathie structurelle* » que doivent comporter les formations.

²² Patrick Varlet, in : « Le courrier de l'organisateur », 26 janvier 2007, site Internet de la FEMMO.

Rappelons que les formations dispensées par les différents groupes ont un caractère fragmentaire au regard des exigences de l'un ou l'autre des diplômes de la FEMMO. L'harmonisation des enseignements a pour but de coordonner l'activité des groupes autour d'un programme global représenté par ces diplômes. L'ostéopathie structurale, quant à elle, est considérée comme la base de la formation.

La dimension politique des activités de la FEMMO consiste ainsi, d'après les points que nous venons de développer, en un travail interne de définition et de coordination. Il permet d'assurer la présence des médecins dans les différents domaines de la discipline, avec un haut niveau de compétence. Plus encore, il permet de constituer un corps de médecins ostéopathes dotés d'un ensemble de compétences relativement harmonisées, au regard des deux dimensions de l'exercice précédemment citées. Sans doute s'agit-il d'une dimension essentielle du travail de légitimation puisque ce travail de définition permet de fournir au public (d'une manière indifférenciée) les moyens de reconnaître, et de nommer, les professionnels issus de ces formations. Même si cela représente un souhait de la part des dirigeants de la structure, la FEMMO n'oriente aucune de ses actions vers le grand public, les médias ou le gouvernement²³. Pour les actions tournées vers d'autres arènes, la FEMMO « passe le relais » aux autres organisations avec lesquelles elle est très liée. Pierre Cohen nous indique à ce titre que la plupart des membres organisateurs de la fédération sont également impliqués dans les bureaux ou les activités d'autres syndicats ou associations. La coopération n'est pas qu'une question de communication entre des acteurs séparés « géographiquement », en terme d'espaces d'action, mais d'action sur plusieurs fronts. Pour finir, on pourra évoquer le rôle de l'AIDMO (Association Internationale pour le Développement de la Médecine Ostéopathique), association loi 1901 créée à partir de la FEMMO suite à la promulgation de la loi 2002. Celle-ci a pour objectif de servir de cellule de réflexion à la FEMMO sur la nature et la place d'une ostéopathie médicale dans le monde de la santé. Ses membres, faisant également partie de la FEMMO, ont notamment conduits des séminaires de réflexions sur des questions d'actualité, par exemple sur la teneur des décrets d'application à paraître, ou sur les perspectives du développement de l'enseignement. Elle a été entendue à titre consultatif par le Ministère de la Santé dans le cadre des commissions de préparation des décrets.

²³ Notamment, cette dernière n'a pu constituer de dossier de demande d'agrément comme organisme représentatif auprès du Ministère de la Santé lors de son enquête de représentativité réalisée auprès des différentes associations en 2002, au motif que seuls des groupes adhèrent à sa structure, non des individus, condition exigée par les pouvoirs publics.

Pour finir, nous voudrions insister sur la tension entre harmonisation et standardisation présente au travers de la volonté de structuration de la FEMMO, car les deux logiques nous semblent être présentes. Au niveau global, la FEMMO s'efforce d'harmoniser l'enseignement, c'est-à-dire de mettre en accord, de faire tenir ensemble, de concilier un ensemble d'éléments, ou d'options, qui ne sont pas nécessairement homogènes. Elles sont représentées par les deux « courants » présents au sein de la médecine ostéopathe. A un niveau plus particulier, représenté par les deux diplômes de la fédération, l'organisation des études tend vers une standardisation des pratiques et l'établissement de programmes et pratiques communes. Il s'agit en d'autres termes de leur normalisation, de leur uniformisation en un ensemble cohérent. La tension entre ces deux pôles nous sera par la suite également utile afin de décrire et comprendre les mouvements de structuration dans le monde de l'ostéopathie exclusive.

3.1.2. Créer un « fond culturel » commun : le rôle des sociétés savantes. SFO et SOFMMOO

Le rôle de la SFO (Société Française d'Ostéopathie) et de la SOFMMOO (Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathe) s'inscrit dans la continuité du travail de définition réalisé par la FEMMO à propos de l'enseignement. A certains points de vue, leurs activités se recoupent, notamment au niveau des réflexions menées au sujet des décrets d'application. Mais l'essentiel de leurs activités se situe sur un autre plan. Toujours de manière interne, c'est-à-dire à l'adresse des professionnels, ces deux associations loi 1901 travaillent à créer ce que l'on pourrait appeler un « *fond culturel* » commun, soit l'ensemble des jalons que les praticiens vont être en mesure de mobiliser et de reconnaître comme constitutifs de leur *identité professionnelle*²⁴. A l'instar de l'Académie nationale de médecine, ces deux sociétés jouissent d'une certaine autorité morale au sein de la profession (médecine ostéopathe) pour deux raisons principales. La première est qu'elles disposent d'une grande antériorité sur les autres organisations. La SFO est créée en 1952 et la SOFMMOO en 1964. La seconde tient au fait qu'elles soient fortement empreintes des personnalités de leurs fondateurs, tous deux des personnages éminents et précurseurs dans le

²⁴ Nous rejoindrons ici une perspective constructiviste, qui nous éclaire sur la création de ce fond culturel commun, à dominante épistémologique. A travers celle-ci, la connaissance n'est pas un résultat passif, et ne reflète pas non plus une réalité ontologique objective. Au contraire, elle est la mise en ordre et l'organisation d'un « monde » constitué par notre expérience – qui s'enracine donc ici, selon notre propre perspective, à l'intérieur d'une culture de soin. Elle découle d'une expérience particulière ou collective. Cf. Ernst Von Glasersfeld, « Introduction à un constructivisme radical », in : Paul Watzlawick *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme. "Comment savons-nous ce que nous croyons savoir ?"*, Paris, Seuil, 1988.

domaine.

La SFO est créée par le docteur Lavezzari qui, en 1919, est l'un des tout premiers médecins à être formé aux techniques de manipulation développées par Andrew Taylor Still aux Etats-Unis. Lui-même s'est familiarisé à ses techniques grâce à une élève du maître américain. Il est également l'un des premiers à chercher à développer ce qui était enseigné et englobé sous la dénomination d' « ostéopathie ». En 1926, il publie un ouvrage fondateur *L'ostéopathie, une nouvelle méthode clinique et thérapeutique* afin de diffuser ses concepts. En 1952, il rassemble autour de lui plusieurs collègues qu'il a formés et crée la SFO. Celle-ci a pour objectif l'organisation de l'enseignement de la méthode et le développement de recherches dans le domaine. Il préside la société jusqu'à sa mort en 1977. Pour une part, ses activités sont dédiées à l'enseignement, et elle adhère à ce titre à la FEMMO et participe aux commissions pédagogiques, journées des moniteurs, etc. Elle assure une formation complète à l'ostéopathie crânienne, composante généralement absente ou peu développée au sein de la médecine ostéopathique. Elle organise ensuite des séminaires de perfectionnement en ostéopathie structurale et crânienne (en complément de l'enseignement des DIU) ainsi que des séminaires « post-graduate » réguliers dans différents domaines. Une autre partie de ses activités consiste à publier des articles de recherche dans la presse professionnelle et les revues spécialisées. Elle réalise enfin un important travail de recherche historique sur les origines de la discipline et de ses différents courants, afin de faire le lien entre ses développements historiques et les pratiques et recherches actuelles et de comprendre l'évolution de ses concepts.

Pour sa part, la SOFMMOO est créée en 1964 par le docteur Robert Maigne, qui a développé un service de médecine physique à l'Hôtel-dieu de Paris, aujourd'hui repris par son fils, Jean-Yves Maigne. Robert Maigne est connu et reconnu par les médecins ostéopathes pour avoir mis au point un certain nombre de techniques diagnostiques et thérapeutiques auxquelles on reconnaît un certain mérite, même si elles sont aujourd'hui partiellement remises en cause, pour des raisons de sécurité. Ces dernières ont donné lieu à ce qui a été nommé vertébrothérapie ou ostéopathie orthopédique. On leur reconnaît aujourd'hui une valeur avant tout épistémique. De la même manière que les autres organisations de médecins ostéopathes, l'adhésion à la SOFMMOO est réservée aux seuls médecins. Il s'agit d'une exigence statutaire (article 5). Comme la SFO, il s'agit également d'une association à caractère scientifique, destinée à la recherche et à la diffusion de ses

travaux. Ces derniers portent sur les techniques de soin, les techniques diagnostiques, sur certaines affections, zones du corps, états (femmes enceintes et naissance ; handicap ; vieillesse, etc.) ou encore sur des niveaux d'intervention particuliers (squelette, fascias, fluides, etc.). Du point de vue de son fonctionnement, la société procède à l'organisation de cours, de congrès et de séminaires. De manière plus ponctuelle, elle participe à l'édiction de recommandations sur les pratiques professionnelles et d'avis sur l'actualité ostéopathique.

3.1.3. Représenter et défendre : un travail politique de terrain. SNMO, SMMOF, Ostéos de France

La partie du travail politique des médecins ostéopathes la plus ostensiblement tournée vers l'extérieur est représentée par l'action des deux syndicats de médecins ostéopathes, le SNMO (Syndicat National des Médecins Ostéopathes) et le SMMOF (Syndicat des Médecins Manuels Ostéopathes de France), ainsi que l'association loi 1901 Ostéos de France (Association des Médecins Ostéopathes de France). En tant que syndicats, les deux premiers organismes œuvrent pour la représentation et la défense des intérêts moraux et matériels de ses adhérents. Initialement, cette orientation prenait la forme d'une vigilance accrue face à toute forme d'exercice illégal de la médecine. Les pratiques des manipulations vertébrales réalisées par des ostéopathes de formation initiale rentraient dans ce cadre, et une partie de leurs activités consistait alors à déposer des recours auprès du Conseil de l'Ordre des médecins et des tribunaux, qui donnaient généralement à des procès. L'évolution juridique du statut de ces praticiens, de l'illégalité vers une légalité non règlementée, amenait ces deux syndicats à changer de stratégie de défense, en orientant ses activités davantage sur des objectifs politiques. Tout en conservant une part syndicale – la défense des adhérents – leur mode de fonctionnement tendait alors à se rapprocher de celui de l'association Ostéos de France. Celui-ci, davantage axé sur un travail politique, a pour objectif plus général de défendre une certaine idée de l'ostéopathie, de ses développements et de son encadrement juridique. Il se traduit pour l'essentiel en un **travail de lobbying**²⁵ auprès des instances officielles. Depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002 et face à la mobilisation des différents mouvements d'ostéopathes, les trois organismes ont multiplié leurs rencontres, afin de faire front commun. Ce rapprochement a permis une certaine harmonisation de leurs prises de position. Nous avons étudié ces aspects au cours de la partie II.

²⁵ Selon le sens courant que l'on attribue à cette terminologie, qui représente un ensemble d'actions réalisées auprès de certaines personnes ou instances en vue d'obtenir quelque chose.

La création des trois organismes suit une logique similaire, qui explique la multiplication initiale des structures et rend compte dans le même mouvement du processus de structuration à l'œuvre vers un niveau commun. Le SMMOF, tout d'abord, est le premier syndicat de médecins ostéopathes. Il est créé en 1953 par les anciens élèves de Robert Maigne de l'Hôtel-dieu de Paris, sous l'influence de ses enseignements. Le SNMO, ensuite, est créé en 1982 par un groupe d'anciens élèves issus des promotions d'un autre diplôme universitaire de Paris. Enfin, l'association Ostéos de France est née du regroupement de l'AOB (Association des Ostéopathes de Bobigny) et du SOB (Syndicat des Ostéopathes de Bobigny), dont de nombreux membres faisaient partie des deux associations et étaient issus du DU de Bobigny. A propos de la fusion de ces deux structures et à l'orientation politique qui en émergeait, Antoine Olivieri tenait les propos suivants :

On s'est pas créé en syndicat parce qu'on a considéré qu'il y avait le SNMO, qu'il y avait des syndicats de généralistes et qu'on était plus accés sur l'aspect politique des choses que sur l'aspect défense de nos membres. Qu'on pouvait très bien défendre, mais qu'on avait besoin d'un relais au niveau de nos syndicats.

Ces trois exemples, tout comme le regroupement de différents groupes de formation au sein de la FEMMO, montrent l'origine très localisée, d'un point de vue géographique et politique²⁶, du développement des structures, et leur relatif isolement initial. Dans un univers peu, voire pas structuré, les membres de ces structures sont très attachés à leur formation d'origine. Ils en défendent les perspectives. La toute première activité du SNMO consiste par exemple à représenter un corps de praticiens émergeant, et à défendre les compétences, inédites dans le domaine de la médecine, acquises par leurs membres au cours de la formation de DU (pas encore organisé en DIU) qu'ils ont suivie. Le but étant de faire reconnaître celles-ci par les instances officielles de la médecine au même titre qu'une spécialité ou, a minima, une compétence médicales, avant d'organiser, à plus large échelle, la construction et la délimitation de leur identité par rapport à d'autres praticiens. A l'origine du développement de ces structures, si certaines différences existent – en terme de pratique et de conception de l'ostéopathie – entre leurs membres respectifs, ils restent toutefois attentifs et ouverts aux possibilités de coordination : c'est la **recherche d'un niveau commun**. Ce niveau commun, tel que nous le définissons aujourd'hui en terme de culture de soin, est celui de la médecine ostéopathique, prenant pour dénominateur commun le titre de

²⁶ Si l'on s'en tient à une interprétation en terme de « cultures de soin », qui suppose le développement d'un « esprit commun » et de dispositions politiques communes nées du partage, par un groupe d'individus, d'expériences marquantes.

docteur en médecine et le cursus de formation qu'il suppose, nous n'y revenons pas. Il est la base du développement de ces structures et de leur coordination à plus grande échelle. Ces trois structures ont ainsi agi de manière relativement autonome et isolées jusqu'à l'avènement de la loi de 2002 qui, en préfigurant un climat vécu comme dominé par le risque et l'incertitude, les a encouragé à faire converger leurs efforts²⁷, à coordonner leurs actions, à envisager des perspectives communes. Les propos de Gilles Oxley vont dans ce sens :

En fait on a créé des liens entre tous pour nous initier à avoir des attitudes communes, nous rencontrer, pas nous faire la guerre quoi... parce qu'on avait besoin d'être un peu unis. Il y a encore des différences, c'est sûr mais dans l'attitude commune qu'on a adoptée, non.

Les divergences, c'est pour la suite, savoir jusqu'où on ira et tout, est-ce qu'on pourra intégrer dans les DIU du crânien, du viscéral, etc. Pour l'instant, c'est pas possible. Normalement on n'a même pas le droit d'en parler dans les DIU (...) Parce qu'il y a un programme officiel et qu'on doit s'y tenir à 100%.

Dans le but d'organiser la formation des médecins en ostéopathie et d'en faire la promotion, le SNMO crée l'EFO (Ecole Française d'Ostéopathie) qui se rapproche en 1987 de la FEMMO. Les fonds dégagés par le fonctionnement de cette école permettent de financer son action syndicale. Très discrète sur les activités de son syndicat, la personne que nous avons rencontrée nous indique évasivement qu'une large part consiste en une sollicitation continuelle des « agents efficaces²⁸ » et des instances officielles, destinée à faire valoir ses perspectives : les députés et les sénateurs ainsi que les ministères, l'HAS (Haute autorité en Santé), la Sécurité sociale ou le Conseil d'Etat. De nombreux documents et témoignages attestent de ces activités (cf. annexe 4). Comme nous l'avons dit, ces trois structures s'emploient également à organiser entre elles la concertation pour donner plus de poids et davantage de lisibilité à leur action, que ce soit sous forme de réunions, de congrès, d'assemblées générales ou de publications. De ces concertations résultent l'édiction de lignes de conduite à l'adresse des praticiens. Par exemple :

A ces difficultés, il n'y a qu'une réponse : s'emparer du système et l'utiliser pour le meilleur profit de nos patients et de nos cabinets. Dans ce numéro vous trouverez tous les conseils pour devenir le correspondant des médecins traitants, pour devenir soit même médecin traitant ostéopathe, pour utiliser les cotations les meilleurs... Passez un peu de temps à lire nos conseils pour bien les utiliser, vous

²⁷ Cf. par exemple annexe 9, p.XV.

²⁸ Les agents efficaces sont les personnes qui détiennent, à l'intérieur d'un champ, un certain nombre de propriétés (les « propriétés efficaces » : un mandat, une fonction, etc.) qui leur confère des possibilités d'action. Cf. Pierre Bourdieu et Rosine Christin, « La construction du marché... », *op. cit.*

verrez que son usage modifiera nettement votre activité ; nous sommes de nombreux cabinets à pouvoir en témoigner. Editorial du président. Bulletin de Mai 2006, Ostéos de France.

Les trois structures bénéficient en outre du soutien et du relais des instances médicales « classiques », que sont les principaux syndicats de médecins (SML, CSMG, MG France...), l'Ordre des médecins et l'Académie de médecine²⁹. Ces instances sont des alliées d'autant plus précieuses qu'elles comportent, pour les syndicats, un **nombre d'adhérents** beaucoup plus important que leurs propres structures ; un **poids institutionnel et légal** pour l'Ordre des médecins ; un **poids symbolique** pour l'Académie de médecine. Elles expriment leur soutien au travers de la publication, à l'adresse des pouvoirs publics et du grand public, de communiqués³⁰.

Dépassant l'action purement syndicale, ces organisations prolongent également à l'égard du grand public l'activité des deux sociétés savantes en effectuant, via leurs sites Internet, un important **travail de définition** mettant en ligne un certain nombre de rubriques à propos des techniques employées, des indications de la discipline, de ses limites, de ses concepts et des exigences qui pèsent sur la qualité de sa pratique. L'un des aspects de ce travail de définition consiste par ailleurs à réaliser un travail de **clarification sémantique** autour des termes employés pour qualifier la discipline et ses techniques. Travail symbolique s'il en est, il recouvre néanmoins une dimension nominaliste qui a pour fonction et pour effet d'opérer des distinctions, des grands partages, de faire exister des clivages, des ruptures ou des connexions, en se démarquant notamment d'autres praticiens, en particulier des ostéopathes de formation initiale et, dans une moindre mesure, des kinésithérapeutes. Si le langage représente une dimension importante des systèmes de conventions dont disposent les individus pour entrer en interaction, la définition du sens des mots en est le pendant, et permet de baliser un univers, de lui donner une certaine consistance. Les divers éléments nouvellement créés et définis constituent les matériaux et les outils à partir desquels de nouveaux acteurs vont être en mesure de s'intégrer à une culture de soin et d'envisager le réel par leur médiation. Enfin, ces mêmes sites Internet permettent de mettre en relation

²⁹ Voir annexes 11 et 12, p.XVII et XIX.

³⁰ Nous en avons dénombré une dizaine dans la presse pour l'année 2006. Cf. par exemple « Vers une pratique sans contrôle de l'ostéopathie », Communiqué du CNOM et de l'Académie de médecine, 8 décembre 2006, News Press ; « Le SML demande que l'ostéopathie soit réservée aux professionnels de santé », communiqué du SML, 16 juin 2006, AFP ; « L'ostéopathie doit rester du domaine de la médecine », communiqué du CSMF, 1^{er} juin 2006, News Press. On pourra également consulter le rapport de l'Académie de médecine, *Rapport au nom d'un groupe de travail. Ostéopathie et chiropraxie*, janvier 2006.

patients et praticiens par le biais d'annuaires sélectifs de professionnels adhérents à ces organisations ou à leurs perspectives. Ils représentent de cette manière des outils créateurs de réseau, au sens interactionniste du terme, en élargissant une chaîne de coopération à des acteurs extérieurs à la culture de soin sur la base des principes définis. Le site Internet d'Ostéos de France propose par exemple des informations générales sur l'ostéopathie, des liens vers des parutions et des ouvrages (professionnels et grand public), et des liens vers des praticiens médecins. En plus de son site Internet, le SMMOF met, de son côté, l'accent sur la participation à des forums, des foires et des expositions.

On va essayer de communiquer plus, on a participé par exemple au forum « forme et santé » on y va, de temps en temps on paye des pubs dans les magazines et on va y mettre des moyens, ça coûte très cher, pour paraître trois fois dans Santé magazine, ça va nous coûter 11 ou 12 000 euros... Gilles Oxley

A travers la description de ces différentes structures et de leur rapport à la structure existante, on comprend que le développement de l'ostéopathie médicale prolonge les perspectives politiques de ses acteurs et la structure médicale dans le sens d'une spécialisation, même si elle n'en possède pas le statut. Outre la proximité des perspectives politiques, le lien est assuré via la structure ordinale de la médecine (Ordre des médecins) et l'ensemble des textes qui régissent la profession, mais également par le soutien explicite des principaux syndicats. De manière interne, la création de structures propres à la « spécialité » permet la création d'une identité professionnelle (créer les éléments qui vont permettre l'identification) ; la représentation et la diffusion de son intérêt pour la santé publique ; la représentation des intérêts de ses membres ; la définition de « frontières » délimitant l'identité créée. Ce sont ces mêmes procédés que nous retrouvons chez les ostéopathes « exclusifs ».

3.2. L'ostéopathie exclusive : le mimétisme et l'autonomie

Malgré des perspectives politiques distinctes, les procédés de légitimation utilisés par les ostéopathes exclusifs répondent à une logique très similaire, à laquelle nous accordons un rôle stratégique clairement défini. En d'autres termes, il s'agit pour ces ostéopathes de se doter d'instances qui soient en mesure d'une part d'être identifiables et reconnaissables par l'Etat comme par le grand public, d'autre part d'assumer les mêmes rôles et fonctions que

celles qui régissent le fonctionnement de l'institution médicale. Dans le but d'accéder à une existence légale et reconnue par les pouvoirs publics, cette structuration sur le mode du mimétisme représente à la fois une voie de légitimation – et légalisation – officielle, ainsi qu'une voie d'autonomisation, de distinction, car elle sert le développement d'une identité professionnelle.

Cependant, même si l'option stratégique de ce mode de légitimation semble représenter une volonté commune chez ces ostéopathes, il faut souligner l'existence de différents niveaux de structuration, générés par des dissensions, des alliances plus ou moins fortes ou éphémères, des modifications de statuts ou de politique, des différences d'approches ou de modes d'action associatifs, et enfin par l'absence de règles officielles constituant des fils directeurs... Tout est à inventer dans ce domaine par ces praticiens. Ils le font déjà depuis de nombreuses années. Le monde de l'ostéopathie exclusive est ainsi composé d'une constellation de structures dont le niveau de coopération peut être amené à varier avec le type et la nature des événements, les personnes qui les composent, etc. Cela étant, le mode de structuration du monde de l'ostéopathie exclusive s'apparente de près à celui de l'ostéopathie médiale. Il tend à couvrir tous les champs d'action des instances médicales et scientifiques, en en reprenant à la fois les termes statutaires et les modes d'organisation et de fonctionnement. La structure tend à être similaire, mais la substance apportée est voulue spécifique, inaliénable tout souhaitant répondre aux mêmes exigences auxquelles sont soumises les disciplines reconnues par l'Etat. On trouvera des structures ayant pour vocation d'organiser la formation ; de développer ou de renforcer une identité professionnelle ; de veiller au respect d'une déontologie ; d'organiser la recherche ; de défendre et de représenter les intérêts d'adhérents ou de la profession ; de coordonner l'action de différentes structures. Nous nous efforcerons d'en dégager les dimensions. Afin de ne pas être redondant, nous n'insisterons pas de la même manière sur les points que nous aurons déjà développé dans la partie précédente, nous ne ferons que les mentionner.

3.2.1. Des groupements d'écoles : vers une reconnaissance et une standardisation de l'enseignement. *La CadF*

Depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002 et de son fameux article 75, le gouvernement est en charge d'édicter des décrets d'application visant, pour une part, à régler l'enseignement de l'ostéopathie et les conditions d'accréditation des

établissements. Derrière le flou que l'Etat entretient autour de ses décisions, une chose demeure certaine pour l'ensemble des ostéopathes : tous les établissements dispensant des formations en ostéopathie ne recevront pas l'accréditation de l'Etat. Il en va à la fois des critères d'enseignement mais aussi, et surtout, d'une question de gestion du nombre des praticiens formés chaque année. Certains professionnels parlent d'une vingtaine d'établissements reconnus, d'autres moins. Dans ce contexte de vide juridique et normatif, et de relative incertitude quant à la pérennité du fonctionnement de leurs établissements, certains d'entre eux ont développé un ensemble d'initiatives afin de mettre en place des critères de qualité d'enseignement, des programmes, des perspectives et des visions communes.

Combien d'établissements d'enseignement supérieurs en ostéopathie seront reconnus par l'Etat ?

Certainement beaucoup moins qu'il n'en existe à l'heure actuelle. Ne serait-ce que pour gérer les flux d'étudiants. Mais certains critères de qualité entreront en ligne de compte. Aussi, d'ores et déjà, convient-il de faire les bons choix et mettre toutes les garanties de son côté. Site Internet de la Collégiale Académique de France (CadF)

Il faut souligner le fait que ces initiatives sont pour la plupart antérieures à 2002. Elles témoignent en ce sens du combat de longue haleine que mènent les ostéopathes pour construire une identité professionnelle reconnaissable par les pouvoirs publics. Il nous semble en effet qu'une des dimensions de la reconnaissance, sur ce terrain, consiste à être « identifiable en tant que », les établissements s'efforçant par conséquent d'être en mesure d'organiser la traçabilité de leur enseignement et de dissiper la confusion liée à la « *grande hétérogénéité* » des compétences, des programmes de formation, des modes d'accès à la discipline³¹. Face à ce constat, l'unification et la standardisation de l'enseignement deviennent alors une condition pour créer un corps de praticiens satisfaisant à un niveau et à un cursus d'enseignement identiques.

Pour l'essentiel, ces initiatives recouvrent deux formes. D'une part le regroupement d'écoles et établissements autour d'une structure commune ; d'autre part la création de **référentiels**, c'est-à-dire des dispositifs recensant un ensemble de normes et critères d'enseignement. Ces structures développent ensuite des actions envers le gouvernement afin

³¹ Voir notamment les critiques de l'Académie de médecine sur ces différents niveaux d'hétérogénéité qui demeurent liés : *Rapport au nom d'un groupe de travail. Ostéopathie et chiropraxie*, janvier 2006.

de les faire (re)connaître ainsi que des connexions avec d'autres associations. Nous avons déjà évoqué le fait que, de seulement quelques établissements de formation au début des années 1980 et d'une vingtaine à la veille de 2002, le nombre d'établissements connaît depuis une croissance exponentielle. Selon les associations socioprofessionnelles, on en dénombrait aujourd'hui autour de soixante-dix. Aussi, les regroupements auxquels nous faisons allusion regroupent exclusivement les plus anciens établissements, établis de manière pionnière dans les années 1980 et parfois avant. Autour des établissements plus récents, nés en dehors de toute relation avec les établissements pionniers, aucun phénomène de regroupement ne semble être à l'œuvre, ce qui indique que la structuration a à voir avec la durée. A notre connaissance, il existe trois principaux regroupements³² : la Collégiale académique de France (CadF) ; l'Institut National de Formation en Ostéopathie (INFO) et le groupe Sup'Ostéo. A elles trois, ces structures représentent vingt établissements, dispersés sur tout le territoire : cinq pour la Collégiale académique ; dix pour le groupe INFO et cinq pour Sup'Ostéo. Plutôt que de décrire dans le détail ces trois structures qui, sur de nombreux aspects, ont un fonctionnement très similaire (et sont par ailleurs très proches politiquement), nous avons choisi de nous intéresser principalement à la Collégiale académique, dont nous avons rencontré l'un des responsables.

Créée par la FOF (la Fédération des Ostéopathes de France, aujourd'hui UFOF) en 1987, la Collégiale académique de France regroupe cinq établissements : L'Ecole Supérieure d'Ostéopathie (ESO), à Emerainville (77) ; le Centre International D'Ostéopathie (CIDO), à Saint-Étienne (42) ; le Collège Ostéopathique de Provence (COP), à Marseille (13) ; l'Institut Toulousain d'Ostéopathie (ITO), à Labège (31) ; et le Centre d'Ostéopathie Atman, à Sophia Antipolis (06). La première volonté de la Collégiale académique est de rassembler des établissements autour de connaissances, de savoirs-faire, de convictions et d'une éthique similaires. Tous partagent une même vision de l'ostéopathie comme profession exclusive à haut niveau de responsabilité (diagnostic ostéopathique et première intention : cf. partie II), fondée sur l'ensemble des composantes de la discipline (structurelle, viscérale, crânienne, etc.). En tant que structure d'accréditation des établissements, elle a pour fonction de créer et de définir des normes d'enseignement, de veiller à leur bonne application en instituant un contrôle sur la formation, de mettre en place la validation des études.

³² Il faut signaler l'existence d'un autre regroupement d'une nature quelque peu différente, celui institué par l'AFO autour d'une structure syndicale. Nous présenterons plus loin le « trust » que représente cette structure.

L'une des principales réalisations de la Collégiale académique est le **Référentiel Profession Ostéopathe (RPO)**. Il s'agit d'un dispositif composite qui vise à établir les normes de compétence que doit être en mesure de posséder tout ostéopathe et, par conséquent, les normes d'enseignement auxquelles doivent se soumettre les établissements afin de les lui permettre d'acquérir. Dans un deuxième temps, il permet de définir et d'organiser l'accréditation des établissements selon ces différentes normes. Ce référentiel a été créé en 2001 en partenariat avec le Registre des Ostéopathes de France (ROF), l'UFOF et le SFDO, remis aux autorités gouvernementales en 2002, puis réédité en 2005 selon une nouvelle version, avec des normes réactualisées (en prenant en compte, notamment, les modalités d'enseignement de la réforme LMD). Il fait l'objet d'un dépôt légal et est estampillé « RPO®2005 », comme label d'authentification. Il a également pour fonction de définir les critères d'un diplôme commun à ces cinq établissements : le **DOF® (Diplôme d'Ostéopathie Français)**. Ce dernier a pour fonction de se démarquer des autres DO (Diplôme d'Ostéopathie) délivrés par la plupart des établissements de formation en ostéopathie sans qu'il y ait pour autant de contrôle garantissant un niveau commun entre les étudiants, du point de vue des compétences comme des connaissances assimilées. La Collégiale académique déplore ainsi le fait qu' « *il existe autant de DO que d'établissements qui le délivrent* » et entend faire du DOF un diplôme qui ne soit pas « *un diplôme d'école.* »

Les normes établies concernent tout d'abord la qualité des établissements qui accueillent des étudiants. Le RPO définit ainsi un certain nombre d'obligation de moyens. Le nombre d'étudiants doit être adapté à la capacité d'accueil de la structure, les locaux à leur destination (clinique, bibliothèque...) ainsi qu'aux normes en vigueur ; les équipements aux besoins pédagogiques ; la qualification du personnel administratif aux tâches qui les incombent, etc. Les établissements doivent en outre être en règle avec les critères administratifs relatifs à l'ouverture d'établissements d'enseignement supérieur privé (enregistrement en Rectorat, etc.). Les normes concernent ensuite la qualification du personnel enseignant selon les différentes disciplines (possession d'un DO ainsi que d'un certain nombre d'années de pratique pour les enseignants en matières ostéopathiques, théoriques ou cliniques), leur évaluation et leur formation continue. Notons par exemple que l'école que nous avons visitée compte, parmi son personnel enseignant, des chercheurs ou des professeurs d'université en sciences fondamentales ou en médecine, ainsi que des ostéopathes réputés. Relevons que le recrutement du personnel répond par là à une volonté d'objectivation des critères de qualité selon des normes officielles. Il existe ainsi une certaine

collusion entre les normes officielles et celles qui se mettent en place. Enfin, les normes s'appliquent aux programmes, aux modalités d'évaluation des étudiants ainsi qu'aux principes pédagogiques. Les programmes doivent notamment être indexés sur l'évolution des recherches et des connaissances en matière d'ostéopathie. Elles prônent un minimum de six années d'études post-baccalauréat, avec un minimum également de 5000 heures de formation, comprenant une pratique clinique intensive et de nombreux stages en milieu hospitalier. Voici le témoignage de Jean-Marie Fongié sur les modalités d'organisation de l'enseignement :

Tout progresse et l'ostéopathie que moi on m'a apprise il y a 35 ans, c'est plus l'ostéopathie d'aujourd'hui (...) L'enseignement a progressé mais parce que la recherche a progressé, la recherche en physiologie a progressé, on peut maintenant montrer les principes d'action avec les retentissement que ça a donc il y a tout un support à la fois physiologique mais qui est sous-tendu par la biochimie, par la biophysique et par la biomécanique, ce sont des lois auxquelles ça répond, il y a des choses qui autrefois tenaient compte de valeurs ancestrales, qui étaient transmises de façon compagnonnique et qui aujourd'hui peuvent être étayées avec un support... pédagogique qui repose sur des bases anatomique, physiologique, pathologique, biomécanique qui sont connus... ça, ça mérite d'être enseigné de cette façon là, non pas pour transformer nos futurs professionnels en grands savants, c'est pas ça, mais c'est pour leur permettre de pouvoir rationaliser le plus possible si vous voulez leur façon de prendre le cas, de l'analyser, de le comprendre, ensuite de l'objectiver sur le patient par tous les tests et ensuite de pouvoir au terme de cette analyse, pouvoir faire une synthèse pour pouvoir choisir une thérapeutique, la thérapeutique la plus adaptée... il y a trente ans, l'ostéopathie n'était pas aussi médiatisée qu'elle est aujourd'hui, il leur était impensable il y a 30 ans de monter une clinique... aujourd'hui, je ne peux pas concevoir une école sans une clinique...

Après l'édiction de ces normes d'enseignement, le deuxième enjeu du RPO est de permettre le contrôle de la conformité entre les exigences prônées et la réalité du fonctionnement des établissements. Le RPO prévoit ainsi l'institution d'une CNA (Commission Nationale d'Accréditation) qui délivre une accréditation aux établissements respectant l'ensemble des termes du Référentiel Profession Ostéopathe, à la suite d'un rapport positif réalisé par un cabinet d'audit externe et indépendant. Ce cabinet est lui-même chargé d'accorder la certification ISO 9001 version 2000 de la Lloyd's Register Quality Assurance.

Passer par une commission nationale d'accréditation, c'est accepter qu'il y ait un cabinet d'audit externe qui vienne chez vous. Sur le cahier des charges qui est au Référentiel, ils viennent vérifier si vous collez bien à tout ce que le Référentiel postule et réclame, à la fois en ressources immobilières, en ressources humaines, en ressources matérielles... On a demandé une certification à partir de

l'accréditation, c'est-à-dire que la certification qui s'appelle ISO 9001, elle est faite sur les bases du RPO, c'est-à-dire que c'est à nouveau révérifié sur un autre principe si vous voulez... Vous allez chez BVQI, à la Lloyd's, vous leur dites « écoutez, voilà le Référentiel profession ostéopathe », mais c'est le vôtre, c'est pas le Référentiel, vous pouvez mettre n'importe quelle page de garde, le référentiel, il a pas de caractère authentique, il est pas estampillé... alors que vous avez la commission nationale d'accréditation qui est composée, enfin qui était composée autrefois des personnes du registre, des syndicats, qui envoyaient le cahier des charges à un cabinet d'audit externe, il vient avec, et puis il se basait là-dessus (...) nous on sait en certification qu'en clinique, on est 80% au-dessus du Référentiel profession ostéopathe... par rapport à cette certification, il faut qu'on apporte la preuve qu'entre le référentiel et ce que l'on fait, ce que l'on prodigue à nos étudiants, il y ait bien 80% au-dessus. Jean-Marie Fongié

Transparence, réseau et standards élevés de formation comme mode de légitimation

La Commission Nationale d'Accréditation, dont le nom s'apparente à s'y tromper à celui d'une institution publique, ainsi que l'ensemble des dispositifs développés par la Collégiale permet de bâtir une légitimité autour du contrôle externe³³ de standards élevés de formation (qui doivent être reconnus comme tels de part et d'autre) par des personnes indépendantes. Cette recherche de transparence permet en outre de se démarquer des autres structures d'enseignement. Les propos de Jean-Marie Fongié et d'Olivier Serrail vont dans ce sens :

Maintenant vous dites que vous êtes au (nom d'école) et vous dites que vous êtes aux normes du RPO, il y a personne qui vient vérifier, d'autant que eux, ils sont même pas certifiés et puis ils le demanderont pas (...) Je me demande comment il (le directeur) a eu les autorisations d'ouverture... peu importe, c'est toute la différence qu'il y a entre l'être et le paraître, entre le discours et la réalité... quand vous annoncez 750 heures de cours et que vous en donnez 15 à 18 maximum par semaine, je me demande comment... Jean-Marie Fongié

L'(nom d'école), quand vous téléphonez, on ne vous donne aucun renseignement. Si vous allez sur le site Internet, vous n'avez pas les équipes pédagogiques, cette opacité est extrêmement gênante pour nous. Olivier Serrail

Vous prenez (noms d'écoles), vous savez qui sont les dirigeants déjà, vous avez le mot du directeur... puis la photo de Jean-Marie Fongié et puis Jean-Marie Fongié est connu dans l'enseignement depuis longtemps. Donc il y a une forme référencée, identitaire, on sait que c'est pas n'importe qui. ISO Lyon, vous avez Jean Perrière, Jean-Pierre Deseins, ce sont des gens qui sont dans l'enseignement depuis 30 ans

³³ On rejoint ici aussi une forme d'objectivité dans la distance, qui a été soulignée par Nicolas Dodier à propos de la médecine moderne, dont le dispositif central est représenté par les normes de l'evidence based medicine. Cf. Nicolas Dodier, « Les mutations politiques du monde médical... », *op. cit.*

(...) Vous imaginez une fac où on ne connaîtrait pas le doyen, ni les enseignants et ni même les enseignements... ça devient vite suspect et en ostéopathie on est déjà suspecté dans certains domaines de ne pas être très clairs... on est classifié... on a même été classifié sectaires pendant un temps, ou ésotériques, ça n'arrange pas les choses. Olivier Serrail

La collégiale académique, forte de cet ensemble de dispositifs régissant l'enseignement dispensé par les établissements qu'elle fédère, est à l'initiative de la création du SNEO (Syndicat National de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie). Celui-ci a pour fonction de défendre les intérêts des étudiants et des enseignants des établissements d'enseignement supérieur privé en ostéopathie accrédités (selon les termes définis plus haut). Comme la Collégiale académique étant la seule à avoir mis en œuvre un système d'accréditation suivant les normes ISO 9000, le syndicat défend les intérêts de ses seuls établissements, enseignants et étudiants. La création de ce syndicat répond selon nous à plusieurs logiques. Tout d'abord, il s'agit d'une volonté de prendre part aux décisions nationales en matière de réglementation de l'enseignement en ostéopathie et, par là, de défendre à la fois les normes du RPO et le mode d'accréditation mis en place. A travers la défense de ces normes et en se positionnant de manière extérieure aux établissements, il représente ensuite la volonté de structurer l'enseignement à plus grande échelle, et une injonction tacite à l'adresse des autres établissements à rejoindre les normes définies. En dernier lieu, la création de ce syndicat constitue selon nous une mise en conformité entre structure et fonction. Officiellement, c'est en effet le rôle des syndicats de défendre des perspectives politiques et à travers celles-ci, l'intérêt de leurs membres ; beaucoup moins à des structures d'enseignement. Il s'agit ainsi d'une division des tâches et d'une clarification du rôle « attendu » des structures, même si ce sont pour l'heure les mêmes personnes qui les animent.

Sous d'autres noms et d'autres formes, on retrouve, pour les autres groupements, le même type de référentiel et de travail en réseau avec d'autres associations. Sans doute la plus grande différence réside dans le niveau d'exigence que font valoir ces normes, ainsi que les modalités de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre de ces référentiels. Le contenu des programmes, d'une structure à l'autre, tendant en effet à être globalement à se confondre³⁴.

³⁴ Concernant la structuration parallèle de ces réseaux d'écoles sur des standards de formation relativement homogènes, un axe de recherche non moins intéressant et important, mais pour lequel nous ne disposons pas de suffisamment d'éléments, serait de s'attacher à comprendre la logique de ces "mises en réseau" et de leur multiplication (trois plutôt qu'une). A titre d'hypothèses, nous avancerons l'idée de réseaux d'affinités entre des praticiens pionniers issus des mêmes centres de formation (souvent à l'étranger, par exemple Maidstone) ;

3.2.2. Organiser la recherche et promouvoir la discipline : la définition et l'identité. L'Académie d'Ostéopathie³⁵

L'Académie d'Ostéopathie (AO) est une association loi 1901 créée en janvier 1997 sur l'initiative d'une association de type ordinaire, le Registre des Ostéopathes de France (ROF), et de deux syndicats, l'Union Française des Ostéopathes de France (UFOF) et l'Association Française des Ostéopathes de France (AFDO, aujourd'hui SFDO : Syndicat Français...). Les discussions autour de sa création sont initiées dès octobre 1995. L'objectif invoqué est celui de créer une structure unitaire afin d'organiser la recherche et de favoriser la réflexion sur l'ostéopathie et ses concepts, notamment en développant un réseau de relations et de coopération avec d'autres structures de recherche, œuvrant de manière plus ou moins isolées ou dont les travaux restent peu connus en France. Une première commission de réflexion sur la constitution de l'Académie d'Ostéopathie est créée afin de déterminer les modalités de son organisation en étudiant notamment le fonctionnement des autres académies. Des échanges s'établissent, des réflexions sont menées quant à ses implications juridiques et ses objectifs. Fin 1996, les statuts présentés par la commission reçoivent l'aval des trois structures lors de leurs assemblées générales. Début 1997, un conseil d'administration est créé autour de neuf personnes et l'Académie voit le jour avec le soutien de soixante-quatre membres fondateurs. Cet événement débouche en particulier sur la dissolution de deux anciennes académies, dont les membres rejoignent la nouvelle structure.

L'Académie d'Ostéopathie se dote d'un ensemble d'objectifs qui permettent de l'assimiler de près au rôle d'une académie de médecine ou de sociétés savantes, comme celles que nous avons décrites plus haut. Les délibérés très protocolaires qui ont présidé sa création témoignent en outre du soin qui a été porté au suivi d'une procédure *ad hoc*, selon les termes en vigueur dans un Etat démocratique. On relèvera aussi la reproduction des modes de fonctionnement d'organismes officiels équivalents. De la même manière que la

s'intéressant et travaillant (en réseau) sur des problématiques communes (ex : le Mouvement Respiratoire Primaire) ou encore militants pour des mêmes objectifs (travail juridique pour l'annulation de l'acquittement de la TVA ; mobilisation auprès des médias, des pouvoirs publics...).

³⁵ Si nous consacrons cette partie exclusivement à l'Académie d'Ostéopathie, il nous faut toutefois mentionner l'existence d'une autre association poursuivant les mêmes objectifs, à un niveau qui semble toutefois moindre, l'Association pour la Recherche, l'Etude et le Développement de l'Ostéopathie en Europe (AREDOE), créée en 1994. Elle semble fonctionner avec moins de ressources (financières, humaines, techniques) que l'AO, et s'inscrire dans un réseau également moins large, en entretenant surtout des relations avec le groupe d'enseignement INFO. Elle ne dispose pas de site Internet et nous n'avons pas rencontré ses membres, les seules informations dont nous disposons se résument à des témoignages et des références citées de la part d'autres associations.

SFO ou la SOFMMOO, le rôle principal de l'Académie d'Ostéopathie consiste à travailler sur la définition de l'ostéopathie sur une base historique mais également, et surtout, dans un sens prospectif. Plusieurs axes de travail sont dégagés autour de ce travail de définition : l'aspect philosophique, en terme de système de compréhension ; sémantique ; épistémologique et scientifique ; technique. Là encore, les différentes dimensions de ce travail de définition sont reconnues nécessaires afin de créer ce que nous avons appelé plus haut un fond culturel commun. Celui-ci constitue à la fois le support de l'identité professionnelle du praticien et le vecteur de sa diffusion dans d'autres milieux. Cela étant, la construction et le développement de cette identité professionnelle ne s'effectuent pas au hasard. Pour les médecins ostéopathes, il s'agissait dans un premier temps d'être reconnus par les instances de leur propre corps professionnel. Il y avait en cela continuité et non pas rupture avec la médecine, comme nous l'avons montré. Pour les ostéopathes exclusifs, nous avons également insisté sur cet aspect à plusieurs reprises, la construction de leur identité en tant qu'ostéopathes non médecins est effectuée à l'adresse des instances officielles : les pouvoirs publics comme celles qui régissent la profession médicale et paramédicale. En témoigne l'un des axes de travail proposés par la commission vocabulaire de l'Académie d'Ostéopathie, à différents partenaires, dans une lettre d'intention datée du 2 février 2007 : « - *analyser cette terminologie du point de vue sémantique, étymologique, historique, scientifique et médico-légal.* » Il s'agit pour eux de construire, reconnaître et faire reconnaître leur spécificité tout en étant et en se montrant conforme aux exigences et normes en vigueur dans ces différents milieux : développer en somme les moyens de leur autodétermination dans un contexte institutionnellement défavorable. Les propos de François Guillaudin illustrent cette orientation :

*Donc maintenant, nous, on est prêts à analyser tous ces paramètres là, à les mettre en place de façon rigoureuse... le but, c'est d'amener l'ensemble de la profession à devenir des praticiens responsables et réflexifs, c'est-à-dire des gens capables d'analyser leurs comportements, leurs actes, d'avoir un comportement éthique, créer donc des évaluations, être capable de rédiger, c'est-à-dire **donner un petit peu tous ces outils académiques, universitaires au monde universitaire pour pouvoir justement dire qui nous sommes**, parce qu'aujourd'hui, on part de très loin, **on nous demande de donner des preuves, on ne nous donne pas l'accès à la recherche, on nous demande de justifier ceci mais on nous a jamais autorisé à la faire donc en fait, c'est comme si... c'est une double contrainte, on vous demande de prouver que vous avez raison et on vous donne pas la possibilité de le prouver, donc c'est pas possible...***

Dans ce contexte et selon cette orientation, l'un des premiers objectifs de l'Académie d'Ostéopathie est de travailler sur le sens des mots employés par les praticiens :

*Oui, on a un rôle normatif, mais avec quand même une possibilité de recadrer les cadrages quoi, c'est-à-dire qu'on est pas un système absolument rigide parce que de toute façon, je pense que si on faisait ça, ça exploserait immédiatement, parce que les ostéopathes sont des gens qui sont hors-cadre et donc, déjà pour leur proposer quelques cadres, il faut y aller gentiment et les accompagner... mais c'est vrai que le rôle de l'académie, c'est d'amener une méthodologie, un travail sémantique, un travail de vocabulaire, c'est de **mettre en place des références** (...) Voilà, d'homogénéiser de dire « et bien quand vous utilisez tel terme, parce qu'il y a telle école qui sous tel terme voit telle chose, dans une autre école, tel terme veut dire autre chose... », c'est d'expliquer qu'en fait ce terme là a été mis en place à telle époque par untel qui voulait dire telle chose à telle époque et qu'éventuellement il a pu changer de sens sous l'influence de ceci ou de cela, **c'est-à-dire de redonner un peu le côté historique, d'expliquer éventuellement comment il a évolué dans d'autres professions en même temps et en parallèle**... François Guillaudin*

Dans cet extrait, on pourra souligner l'insistance du praticien sur le rôle de ce travail de définition qui, sans représenter une structure rigide et définitive, a pour objet de constituer une base de références, un ensemble d'appuis normatifs à partir duquel le praticien va être en mesure de s'identifier à un corps de doctrine et, partant, de s'identifier réflexivement par rapport à d'autres disciplines. Le vocabulaire représente ici un étalon, une jauge, un guide et une base permettant d'appréhender la réalité du monde de l'ostéopathie, de s'y repérer, de s'entendre et de se comprendre afin de poursuivre plus avant la construction de références communes, l'organisation de la recherche, etc. On notera également l'importance de la dimension historique présente au cœur de ce travail de définition, que l'on retrouvera sous d'autres aspects de ses activités tout comme chez les structures équivalentes de médecins. Cette dimension historique est en effet, ici comme ailleurs, un élément central de l'identité. Le travail sur l'histoire, en reconstituant le fil et le sens des événements, semble en effet représenter une manière particulièrement efficace de stabiliser et de fixer des références, de s'inscrire au cœur d'un processus évolutif (tisser des liens avec l'existant, contre une idée de création *ex nihilo*) et, en cela, de construire un sens et de donner de la force à l'identité que l'on se veut revêtir³⁶.

³⁶ Si nous ne disposons pas de référence précise sur le rôle de l'histoire dans la construction identitaire, on pourra avoir à l'esprit l'insistance, dans le monde du commerce, sur la dimension historique et pérenne d'une marque ou d'une société. Facteur d'identité, la dimension historique nous ramène également à des notions d'authenticité, de valeur ou de conformité. Elle représente dans de nombreux cas une référence normative importante.

Au-delà du travail sémantique, le second objectif de l'Académie d'Ostéopathie consiste à promouvoir la discipline en organisant la recherche (indications, efficacité, risques). Celle-ci comporte elle-même plusieurs dimensions que l'on peut résumer selon ces trois verbes : recueillir, former, transmettre. Le premier renvoie à un travail sur l'histoire tel que nous venons de le caractériser. Il s'agit pour l'Académie de faire la synthèse de la bibliographie existante dans le domaine de la recherche, notamment de restituer les développements et les évolutions du concept de l'ostéopathie de celui qui est reconnu comme son père fondateur : Andrew Taylor Still.

Dans un deuxième temps, la structure s'emploie à former des praticiens à la recherche selon une méthodologie scientifique. Pour François Guillaudin, il s'agit de faire en sorte que « *l'ensemble des ostéopathes deviennent un peu plus des praticiens réflexifs, c'est-à-dire des gens capables d'analyser leurs actions, d'être capable de faire une analyse critique et de faire des écrits, qu'il y ait de la publication...* » Pour cela, l'Académie d'Ostéopathie met en place des séminaires de formations ponctuels portant sur des thématiques précises. L'encadré figurant page suivante présente le programme de l'un de ces séminaires de formation. On sera à même de relever, au sein de celui-ci, tant dans le programme que dans les objectifs affichés, les efforts déployés par les organisateurs pour une mise en conformité du développement de la recherche en ostéopathie avec les canons de la recherche scientifique. On relèvera également la mise en avant, en plus du titre de DO sanctionnant un cursus complet en ostéopathie, des différents diplômes universitaires – donc officiellement reconnus – à caractère scientifique détenus par le formateur.

Dans un troisième temps, l'Académie d'Ostéopathie s'attache à promouvoir la discipline par l'organisation de la communication entre les ostéopathes « *français, francophones mais également étrangers*³⁷ ». On trouvera à cela deux objectifs : d'une part de développer la mise en réseau et la coopération des ostéopathes à plus grande échelle ; d'autre part à diffuser largement le contenu d'un fond culturel homogénéisé. Plusieurs moyens sont développés. L'Académie dispose d'une revue, *ApoStill*, qui paraît trois fois par an. Elle présente les résultats de différentes recherches, françaises ou étrangères, ainsi que les travaux des différentes commissions de travail de la structure. Plusieurs des travaux ou articles publiés répondent également à l'actualité, soit un positionnement par rapport à certains

³⁷ Site Internet de l'Académie d'Ostéopathie, note d'intention.

événements ou prises de position. Il s'agit d'élaborer des réponses *recevables* et circonvier aux attaques dont sont l'objet les ostéopathes ou leurs pratiques³⁸. A l'usage des professionnels, l'Académie publie un bulletin d'information générale, *La Lettre*, destinée à pourvoir les ostéopathes d'une commune maîtrise de l'actualité et d'informations jugées importantes.

³⁸ On trouvera également dans ces travaux des articles et documents de recherche fortement liés à l'actualité, comme c'est le cas de L. Stubbe (dir.), *Analyse critique des risques attribués au traitement ostéopathique des nourrissons* ou de R. Zegarra-Parodi, *Analyse critique des deux rapports de l'Académie Nationale de Médecine intitulés « Ostéopathie et Chiropraxie »*, tous deux parus dans : ApoStill n°17, Automne 2006. On sait que le premier répond à l'interdiction formulée dans les différents projets de décrets de manipulation des nourrissons de moins de six mois par des ostéopathes non médecins, le second aux deux rapports de l'Académie de médecine fortement défavorables à l'ostéopathie et à la chiropraxie. Cf. Académie nationale de médecine, *Rapport au nom d'un groupe de travail. Ostéopathie et chiropraxie*, janvier 2006.

"Méthodologie de recherche clinique appliquée à l'ostéopathie"

Objectif : permettre au stagiaire de :

- participer à l'élaboration d'un protocole de recherche clinique appliqué à l'ostéopathie ;
- identifier et contrôler les biais de sélection et de classement ;
- connaître les principes d'utilisation d'un logiciel d'analyse des données pour réaliser des tests statistiques de base : Chi 2, Student, analyse de variance à un facteur
- savoir présenter et interpréter des résultats de recherches expérimentales.

Formateur :

Robert Meslé, Ostéopathe DO mROF

D.I.U. Statistique appliquée à la recherche clinique, Paris VI

D.I.U. Épidémiologie étiologique, Paris VI

A.E.U. Analyse clinique et économique de la décision médicale, Lyon I

Public visé : Ostéopathes D.O.

Pré requis : Avoir suivi le module *Analyse critique de la littérature biomédicale*, de l'Académie d'Ostéopathie de France.

Durée : 48 heures, en trois sessions de deux jours.

Programme :

- Méthodologie en biostatistiques ;
- fluctuations d'échantillonnage et variabilité ;
- intervalles de confiance ;
- comparaison de pourcentages ;
- comparaison de moyennes ;
- test de l'écart-réduit ;
- principes d'analyse de variance ;
- Méthodologie expérimentale ;
- uni- et bilatéralité ;
- comparaison de deux traitements ;
- calcul du nombre de sujets nécessaire ;
- plans expérimentaux ;
- plan 2x2 ;
- sujet propre témoin ;
- appariement ;
- notions de courbes de survie.

Travaux dirigés et mises en application à partir de données extraites d'études expérimentales réalisées en ostéopathie, exercices d'analyse statistique des données avec le logiciel Excel ® :

- test de Student ;
- Test de Chi 2 ;
- stratégie d'analyse des données.

Élaboration d'un protocole expérimental :

Chaque groupe (de deux à quatre stagiaires) élabore un protocole de recherche clinique appliqué à l'ostéopathie, le rédige et le soutient oralement. Chaque membre du groupe est chargé d'une partie de l'exposé.

Les stagiaires des autres groupes sont ensuite invités à débattre de la rigueur scientifique de la présentation et de son contenu, sous forme de critiques argumentées.

Le formateur est le modérateur du débat ; il rappelle et précise les éléments théoriques permettant d'améliorer la rigueur du protocole.

Enfin, elle publie un certain nombre d'ouvrages, dont les premières parutions sont des traductions des ouvrages fondateurs. Plus largement, elle représente un support de publication destiné à offrir aux ostéopathes les moyens de présenter leurs recherches. Actuellement, d'autres projets de publications sont en cours, notamment celui de créer une base de données électronique, de publier certains mémoires de recherche d'étudiants et une autre revue, les *Annales de l'Académie*, qui rassemblerait des textes non publiés dans *ApoStill*.

Au-delà de la publication, l'Académie a entrepris la constitution d'un centre de documentation et d'information (CDI) à l'intérieur de ses locaux, que nous avons visités rue du Temple, à Paris. En tant qu'Académie, elle se donne ensuite pour mission de répondre à toutes demandes d'expertise en ostéopathie, notamment de la part des institutions publiques (par exemple HAS). Elle organise également de manière régulière des conférences destinées à réunir différents intervenants qui confrontent leurs points de vue et leurs recherches autour d'une thématique particulière. L'une d'entre-elles, celle de mars 2003, le cinquième symposium de l'Académie d'Ostéopathie de France, portait sur les troubles digestifs chez l'enfant et le pré adolescent. Elle réunissait un ensemble varié d'intervenants, dont des docteurs en médecine et des professeurs d'université. A travers ces manifestations, l'Académie instaure une tribune d'échange entre les professionnels, prolongeant par relation directe le travail de mise en réseau entrepris par les supports de publication institués. Pour finir, elle a développé un certain nombre de relations et partenariats avec les organisations étrangères équivalentes : l'American Academy of Osteopathy (AAO) ; la Sutherland Cranial Teaching Fondation (SCTF) ; la Cranial Academy (USA) ; la Sutherland Cranial Academy of Belgium (SCAB) et, enfin, la Société Sutherland du Canada.

Si l'on cherche à établir une comparaison entre les sociétés savantes ostéopathiques des médecins et l'Académie d'Ostéopathie, on pourra être sensible aux convergences et dissensions qui continuent à coexister. On pourra par exemple établir un parallèle entre la SFO et l'Académie d'Ostéopathie, ou encore l'AREDOE. Ces structures tendent à s'intéresser à toutes les composantes de l'ostéopathie, à n'en négliger aucune, mais à œuvrer afin d'accroître la rigueur scientifique des connaissances et théories utilisées. Ainsi, s'il existe une certaine convergence entre ces associations, les principales dissensions reposent finalement davantage sur le militantisme de leurs membres pour la défense de la légitimité de leurs formations plutôt que sur la légitimité de secteurs de recherche tels que le crânien, le

viscéral ou le fluïdique ou sur des techniques particulières (techniques sur les tissus mous, etc.). On ne retrouve pas, à l'intérieur de la SFO, de traces explicites du clivage ou du conflit de définition qui oppose, chez les médecins, les partisans d'une ostéopathie orthopédique, structurée, centrée sur les manipulations osseuses, et ceux d'une ostéopathie globale, telle que nous avons pu la décrire dans la première partie (point 1.3.). Celui-ci est néanmoins rendu manifeste par l'existence de la SOFMMOO, dont l'intitulé même tend à confondre manipulations strictement vertébrales (médecine orthopédique) et ostéopathie. Malgré certaines convergences d'intérêts entre les précédentes associations de recherche, on comprendra l'absence de coopération entre celles-ci en relation avec les dissensions concernant la légitimité, non des pratiques, mais des praticiens à exercer. Celles-ci sont portées et relayées par les syndicats et autres associations socioprofessionnelles, dont les activités concernent le statut et les aptitudes des membres tout autant que la discipline elle-même. Comme nous l'avons déjà vu, il existe une certaine « solidarité de corps³⁹ » entre les membres des structures issus d'une même culture de soin.

3.2.3. Les associations socioprofessionnelles : un rôle d'interface. SFDO, UFOF, SNOF, AFO

Conformément aux distinctions que nous avons établies plus haut entre les différents « corps » d'ostéopathes au regard de la formation, il existe cinq associations socioprofessionnelles défendant une ostéopathie exclusive et sans pré requis : le Syndicat Français Des Ostéopathes (SFDO) ; l'Union Fédérale des Ostéopathes de France (UFOF) ; le Syndicat National des Ostéopathes de France (SNOF) ; l'Association Française des Ostéopathes (AFO) et enfin, une association d'étudiants créée assez récemment, l'Union Nationale des Etudiants en Ostéopathie (UNEO). Entre ces différentes associations, il existe des différences historiques et des divergences politiques. Mais sur la durée, il est possible de constater le mouvement qui s'effectue en faveur du développement de lignes de convergences assez solides entre ces différents organismes qui, en comprenant également les structures d'écoles et de recherche, tendent à composer une forme politique, un ensemble cohérent d'instances à la fois autonome et singulier, interagissant vers des fins communes.

³⁹ Pierre Bourdieu et Rosine Christin utilisent cette terminologie pour désigner une solidarité qui se crée entre des hauts fonctionnaires ayant connu les mêmes trajectoires sociales, issus du même milieu social, ayant fréquenté les mêmes grands lycées parisiens, les mêmes grandes écoles puis les mêmes corps d'Etat. Utilisée ici, elle permet de souligner les liens différentiels qui s'établissent entre une discipline, en tant que corpus de connaissances et de techniques, et des groupes d'individus qui la pratiquent et qui la portent, en ayant développé, au cours de leur formation, un rapport – ou, plus précisément, les moyens d'établir un rapport – particulier à celle-ci. Cf. Pierre Bourdieu et Rosine Christin, « La construction du marché... », *op. cit.*

Concernant notre manière de présenter ces différentes associations, nous choisirons de toutes les aborder car, à la différence des associations de recherche et d'enseignement, elles nous semblent occuper une place prépondérante dans l'organisation de la dynamique des relations qui s'établissent dans le monde de l'ostéopathie exclusive. Leurs spécificités ainsi que l'évolution de leurs structures permet en effet de mieux comprendre la manière dont le monde de l'ostéopathie exclusive se structure. Elles recouvrent cependant de nombreuses caractéristiques communes, entre elles mais également avec les syndicats de médecins ostéopathes. Aussi, afin de ne pas nous répéter indéfiniment, nous rappèlerons succinctement leurs principales dimensions pour le SFDO, que nous présentons en premier, pour ne pas y revenir par la suite. Nous insisterons plus spécifiquement sur leurs particularités, ce qui les différencie ou les rapproche, en relation avec certaines de leurs actions. Une exhaustivité dans le domaine représenterait en effet une tâche beaucoup trop importante dans le cadre de ce travail. Nous attacherons également une attention particulière sur leur mode de constitution historique, qui permet de saisir la dynamique du milieu ainsi que les processus de développement des réseaux de coopération.

- ***Le SFDO***

Le Syndicat Français Des Ostéopathes (SFDO) est issu d'une ancienne association, l'Association Française des ostéopathes de France (AFDO). Cette dernière est fondée dès 1973 sur la base d'un regroupement d'ostéopathes pionniers sur le sol français, provenant de l'Ecole Européenne d'Ostéopathie de Maidstone (Grande-Bretagne) dont nous avons parlé plus haut. Il faut également rappeler les liens très étroits qui unissent, encore aujourd'hui, certains établissements français à l'école anglaise (par exemple le CIDO, membre de la Collégiale académique) qui a exercé, en France, un certain rayonnement. Ce regroupement avait à l'origine un objectif précis et immédiat : celui de défendre ses membres dans un contexte législatif défavorable, les exposant à des poursuites pour exercice illégal de la médecine ainsi qu'à des amendes de plusieurs dizaines de milliers de francs. Comme les chances de recours juridiques étaient minces, leur mode de défense consistait à rassembler les fonds nécessaires pour couvrir les amendes encourues. Les propos d'Olivier Serrail témoignent en ce sens :

Cette association, elle avait simplement pour but de se protéger. Il y avait un exercice illégal de la médecine et pour se protéger, il fallait mutualiser. La façon de

mutualiser, c'était de se regrouper, de cotiser, de mutualiser et de s'assurer par l'intermédiaire d'une assurance de groupe les fonds suffisants pour payer une procédure. C'était ça... les procès ont été couverts et le sont toujours, c'est dans les statuts, c'est la protection des biens moraux et matériels de ses adhérents.

Ainsi, et même à une période où l'exercice de l'ostéopathie était illégal pour des praticiens non titulaires du diplôme de docteur en médecine, une assurance, Axa, a mis en place un contrat de groupe pour la protection des membres de l'AFDO. Il s'agit, encore aujourd'hui, d'un contrat de protection juridique et de responsabilité civile et professionnelle. Renseignement pris auprès d'un chef de produits en assurances dans une société parisienne, un tel contrat n'était en rien illégal à cette période et n'entraînait pas de contrainte juridique particulière, même si les principales mutuelles ont commencé à rembourser les actes d'ostéopathie à partir de la réglementation de 2002. Cependant, les motifs de l'élaboration de ce contrat restent relativement obscurs, voici ce qu'en disait Olivier Serrail:

Q : Et c'était juste les cotisations des membres qui permettait ça [la mutualisation] ?

Plus la négociation avec Axa... alors à l'époque c'était l'UAP qui couvrait les ostéopathes sur les risques, la sinistralité, etc. et pour laquelle il y avait une protection juridique. Ça a permis de mutualiser à travers un contrat de groupe à la fois une assurance qui aurait été très chère si elle avait été individuelle, aucun groupe n'aurait pris en charge un ostéopathe sachant que c'était un exercice illégal de la médecine, aucune assurance n'aurait fait cette démarche...

Q : Oui, c'est justement ce qui m'intéresse, comment ces assurances en sont venues à vous couvrir de cette manière sachant qu'il n'y avait aucune légalité à votre exercice ?

Alors là, je ne suis pas dans les petits papiers de ce qui a pu se tracter à l'époque... on sait que des réseaux ont permis à mettre en place tout ça...

Q : Des réseaux ?

Des réseaux... (évasif)

Q : De connaissances ?

De connaissances... des réseaux qui concourent aujourd'hui toujours... il y a des réseaux dans tous les domaines hein mais... hahaha... mais oui, il y a des réseaux qui ont fonctionné à une époque... de relationnel, de gens bien placés... heu... de gens d'appartenance... heu...

Q : Francs-maçons ou... ?

La Franc-maçonnerie ouais... je... j'ai rien contre la franc-maçonnerie hein mais je pense que la franc-maçonnerie a joué un grand rôle dans l'ostéopathie mais comme elle le joue dans d'autres domaines, mais comme le Rotary ou le Lion's Club, il y a des réseaux d'influences à chaque échelle.

Q : (...) inaudible

Non, le meilleur contrat qui nous protège toujours aujourd'hui, le seul fiable en responsabilité civile, c'est l'UAP, c'est Axa, et il n'y a qu'une personne qui le donne, c'est Vincent Longueville, c'est le courtier chargé par Axa de délivrer le contrat. Ne

nous demandez pas pourquoi c'est opaque... enfin le contrat n'est pas opaque hein, mais ne nous demandez pas éventuellement pourquoi il ne vous recevra pas sur ces questions, pourquoi il ne vous dira peut être pas comment son père à Vincent Longueville a été le négociateur avec les ostéopathes du contrat de responsabilité civile, je ne sais... je pense que ça a été des rencontres de personnes et que ça dépassait le cadre de l'ostéopathie, c'est pour ça que je parle de réseaux, je ne mets pas de noms dessus parce que je ne sais pas, c'est pas que je veux pas vous le dire c'est que je sais pas... mais je sais que oui, la franc-maçonnerie a joué un rôle dans l'ostéopathie, on le sait, on le sait tous, c'est pas... enfin je veux dire ceux qui aujourd'hui s'en cacheraient... je pense que c'est une des professions les plus représentatives... mais ça n'a jamais entaché l'ostéopathie, ça ne l'a jamais sectarisé...

En dehors de son activité assurantielle, l'AFDO a également développé un service juridique permanent (conseil et assistance), grâce au concours d'un avocat travaillant pour l'association à temps plein, ainsi qu'un service d'information, afin d'aider les ostéopathes dans leur vie professionnelle : installation, retraite, adhésion à la CNPL (caisse nationale des professions libérales), remplacement, etc.

Lors de la promulgation de la loi du 4 mars 2002, l'AFDO s'est clairement positionnée en tant que syndicat professionnel et a modifié ses statuts pour devenir le SFDO. Ce nouveau syndicat a été le premier à être reconnu représentatif des ostéopathes exclusifs, le 26 juin 2003, lors de l'enquête de représentativité impulsée par le Ministère de la Santé. Cette enquête avait pour but de déterminer les différentes associations qui allaient pouvoir participer aux commissions de préparation des décrets d'application de la loi. Ainsi, d'une activité essentiellement de défense et d'aide à l'adaptation des ostéopathes dans un milieu hostile, le SFDO s'est déterminé en tant qu'acteur politique à part entière, s'engageant dans la lutte politique pour la reconnaissance de l'ostéopathie comme profession indépendante.

Ce rôle politique ne consiste pas uniquement, comme nous l'avons déjà longuement fait remarquer, à convaincre l'administration de la capacité de l'ostéopathie et des ostéopathes non médecins à devenir respectivement une profession et des professionnels répondant à tous les critères requis. Il consiste également à construire ces critères, ce qui entraîne de la part de responsables de l'association un contrôle réflexif à l'égard de leurs adhérents. Suite au changement de statuts, le SFDO soumet désormais l'adhésion de ses membres à la satisfaction des normes du RPO, qu'il a participé à définir. Cette particularité, aussi minime soit-elle, est caractéristique du processus de structuration que les praticiens mettent en œuvre. Comme les associations et syndicats de médecins ostéopathes, son site

Internet lui permet, en s'adressant aussi bien au professionnels qu'au grand public, de parler d'ostéopathie – c'est-à-dire d'en donner une définition selon ses propres termes, de relayer les dernières nouvelles et informations concernant l'ostéopathie, de mettre en lien les professionnels (forums), de publier des annonces, de mettre en ligne un annuaire d'ostéopathes par région, d'annoncer et de commenter la tenue d'évènements. Par ces différentes activités et en défendant des ostéopathes non médecins et non kinésithérapeutes, l'AFDO puis le SFDO ont participé à l'émergence d'une nouvelle catégorie professionnelle, indépendante des professions de santé : celle des ostéopathes DO (diplômés d'ostéopathie).

- **L'UFOF**

L'Union Fédérale des Ostéopathes de France (UFOF), de son côté, est fondée en 1987 sur les bases d'une ancienne association, la Fédération des Ostéopathes de France (FOF), créée en 1982, qui elle-même émanait de la Fédération Française des Ostéopathes (FFO), créée en 1976 . Elle compte neuf délégations régionales et se présente en tant que délégation française de la Fédération Européenne des Ostéopathes (FEO), association qui coordonne au niveau européen différentes associations nationales. La structure de l'UFOF recouvre les mêmes prérogatives que celles du SFDO. Elle a pour vocation de défendre tout ostéopathe détenteur du titre de DO, s'attache à la protection des intérêts matériels et moraux de ses adhérents et met en place le même type de service que nous avons décrit plus haut. Elle relaye de même les différentes dimensions d'un fond culturel commun construit en partenariat avec d'autres associations, selon des termes qui varient peu, voire pas, avec ce que nous avons dit précédemment. Davantage orientée sur les évènements grand public que ses homologues, l'UFOF a la particularité de s'efforcer de participer à toutes les manifestations en rapport avec la santé et le bien-être. Selon les dires de Franck Jobim, notre interlocuteur du ROF, l'UFOF participait à ses débuts à tous les salons « Formes et bien-être » ou médecines complémentaires ainsi qu'aux foires Bio, en tenant des stands « *entre le marchand de carottes bios et les marchands de bougies.* » Cette année, et non sans une certaine fierté dûment relayée par leur organe d'information, *la Gazette de l'UFOF*, leur plus belle réalisation tient sans doute à leur participation au MEDEC, salon de référence de la médecine générale en France, ce qui est véritablement une première de la part d'ostéopathes exclusifs. Nous nous sommes rendus à ce salon afin de poursuivre un entretien avec Patrick Vian et d'apprécier les échanges. Malgré des réactions variées (cf. annexe 15, p.XXIV), celui-ci a permis à l'association de susciter des interrogations, des débats, de communiquer

directement à l'adresse des médecins et, qui plus est, de rencontrer différents représentants des candidats à la présidentielle de passage sur le salon (élections présidentielles d'avril et mai 2007). Une communication d'autant plus efficace du point de vue des membres présents qu'ils étaient la seule association d'ostéopathes présente à ce salon.

Outre ces manifestations, l'UFOF décerne chaque année un certain nombre de prix (Prix Régis Godefroy, Prix des médias, Prix coup de cœur) afin d'honorer les écrits, les prises de position, les réalisations ou le travail de différents acteurs (individuels ou associatifs) pour leur rôle dans la progression de l'ostéopathie dans « *ses lettres de noblesses*⁴⁰ ». Celui-ci participe ainsi à convertir différents éléments en repères fondateurs, qui reflètent les valeurs auxquelles les praticiens sont attachés. Le Prix Régis Godefroy récompensait en 1995 Paul Lannoye, Député européen pour son travail en vue de la reconnaissance des médecines non conventionnelles en Europe (Cf. résolution Lannoye-Collins votée au Parlement européen le 29 mai 1997 qui précède la loi européenne de 1999 sur le même thème). En 2002, il récompense l'avocat Maître Jakubowicz pour sa contribution à la défense des praticiens ainsi qu'à l'évolution juridique de l'ostéopathie vers un statut autonome.

Plus fédératrice que ses homologues, l'UFOF affirme une volonté incessante de rassembler les associations au sein d'une structure globale, au même moment où d'autres ostéopathes entendent préserver leurs particularités, position qui nous semble cependant nettement s'amenuiser depuis 2002. Du point de vue des actions entreprises, l'UFOF fonctionne très régulièrement en partenariat avec le SFDO. Travaillant conjointement, celles-ci ont harmonisé leurs positions et développé des perspectives communes, si bien qu'il n'existe pratiquement aucune divergence manifeste entre les deux associations. Une première tentative d'union avait même été réalisée en 1988, sans aboutir, et il semblerait qu'une nouvelle soit actuellement à l'ordre du jour et sur le point de se réaliser. Le SFDO est par ailleurs en pourparlers pour intégrer la FEO.

L'UFOF, comme le SFDO, exploite la voie politique. Tout d'abord pour la reconnaissance de l'ostéopathie puis, après la promulgation de la loi de 2002, pour la

⁴⁰ Site Internet UFOF.

publication de décrets conformes à ses aspirations. Cette voie politique consiste en un travail continu auprès de différentes personnalités politiques et administratives pour plaider la cause de l'ostéopathie. Plus précisément, leur activité consiste à faire reconnaître par les pouvoirs publics ou leurs institutions des éléments plaidant en leur faveur. C'est par exemple le cas du rapport du doyen de l'université de Strasbourg, le Professeur Bertrand Ludes, commandé par le ministère de la santé le 15 décembre 2005 et réalisé sur concertation des différentes organisations d'ostéopathes reconnues représentatives par le ministère. Celui-ci préconise un nombre d'heures de formation proche de ce que demandent les ostéopathes exclusifs pour la formation initiale. Ces différents éléments que sont les rapports officiels, les lois européennes en matière d'ostéopathie ou de médecines douces permettent également de peser dans l'arène juridique :

*On disait que nous on s'appuie sur le fait que nous, on veut 6 ans ou 4300 heures, **on s'appuie sur des rapports qui sont... quand même... officiels...** que sont le rapport Ludes et puis les préconisations et puis le rapport qui va sortir de l'OMS, qui est très récent et qui préconise un minimum de 4 ans d'études avec 4300 heures, donc **on s'appuie là-dessus parce qu'effectivement, s'appuyer sur des arguments subjectifs... le Conseil d'Etat ne retient pas des arguments subjectifs...** Pierre Arthur Martin, membre du Conseil Fédéral de l'UFOF.*

Des liens vers l'Europe

Nous essayons de nous conformer à un canevas légal au niveau de l'Union. Ça, c'est très important... Patrick Vian

Son statut de membre de la FEO lui permet d'acquérir une légitimité et une légalité, donc une certaine officialité, au niveau européen⁴¹. La FEO est en effet reconnue depuis 1992 en étant référencée en tant qu'association scientifique internationale, à Genève et à Bruxelles. Elle siège au Comité économique et social européen. En tant que fédération, elle compte pour adhérents des associations nationales de plusieurs pays d'Europe. Elle en regroupe une vingtaine pour un nombre total de praticiens d'environ 8000. Elle a pour but la promotion de l'ostéopathie en Europe ainsi que d'établir des relations constantes avec les institutions européennes (Commission européenne, Comité économique et social...) et travailler avec différents partenaires (associations, ONG) qui s'intéressent à la santé. Son activité consiste à définir au niveau européen les critères professionnels permettant d'assurer la sécurité du patient ainsi qu'un enseignement de qualité. Elle participe à des programmes éducatifs mis en place par la Commission européenne. Elle fonctionne grâce à un conseil

⁴¹ Notons par ailleurs que notre interlocuteur occupe des postes de responsabilité dans les deux structures.

d'administration qui coordonne l'activité de différentes commissions dont le travail est centré sur des thématiques telles que l'enseignement, la recherche, la déontologie, etc.

- ***Le SNOF***

Le Syndicat National des Ostéopathes de France (SNOF) est une émanation directe du Syndicat des ostéopathes diplômés en kinésithérapie (SOK), créé en 1989. Il deviendra quelques années plus tard le Syndicat National des Kinésithérapeutes Ostéopathistes (SNKO)⁴² avant de devenir, en 2002, le SNOF. Il est fondé grâce à l'initiative de deux kinésithérapeutes pionniers et particulièrement actifs dans le domaine de l'ostéopathie, Guy Roulier et Michel Ficher, avec pour objectifs de faire évoluer le statut des kinésithérapeutes pratiquant l'ostéopathie vers un statut autonome, ainsi que d'obtenir l'exonération de la TVA⁴³ sur les soins prodigués. Pour comprendre les conditions de création de ce syndicat, et sa situation par rapport aux autres associations d'ostéopathes, il nous faut resituer le contexte fiscal de l'époque. En 1986, le Conseil d'Etat mettait un terme au problème de la TVA qui opposait l'administration fiscale aux ostéopathes depuis plusieurs années. Celui-ci réaffirmait la position légale de l'administration à astreindre tout acte d'ostéopathie au recouvrement de la TVA. A ce moment là, la FOF (aujourd'hui UFOF) et l'AFDO (aujourd'hui SFDO) engagent des pourparlers avec l'administration afin d'obtenir un moratoire sur les années antérieures à 1986. Patrick Feval, l'ancien président de la commission juridique et fiscale de la FOF, se souvient des négociations engagées auprès du ministre du Budget de l'époque, Alain Juppé :

Je me souviendrais toujours que suite à la décision que nous avons prise avec Régis Godefroy et ce que nous avait demandé Alain Juppé, il avait dit « moi, j'efface l'ardoise mais à condition que tous les ostéopathes à partir de maintenant octobre 86 s'acquittent de la TVA », c'était donnant donnant quoi, on enlève le passif mais par contre, on paye la TVA... C'est à ce moment là que Guy Roulier a jeté sa carte de la FOF et a monté le SNOK... non pas SNOK, le...⁴⁴

Cet épisode de la TVA a constitué une épreuve marquante dans le monde de l'ostéopathie. Il conserve aujourd'hui encore une certaine acuité. Au sein d'un groupe

⁴² Traduit en justice par le Syndicat National des Médecins Ostéopathes (SNMO) pour objet illicite, le SOK est dissolu par condamnation de la Cour d'Appel de Paris le 29 janvier 1997. Suite à cette dissolution, le SNKO est créé par les mêmes personnes avec les mêmes objectifs.

⁴³ Taxe sur la Valeur Ajoutée auxquelles sont assujetties les professions libérales à l'exception des professions de santé (médicales ou paramédicales) qui bénéficient d'un régime fiscal particulier.

⁴⁴ Le SOK, plus tard le SNKO et enfin le SNOF. Même les praticiens se perdent dans les noms de ces associations !

relativement uni, il a révélé les tensions internes entre deux groupes, sur la base du parcours de formation. Une nouvelle fois, celui-ci représente le dénominateur commun de la configuration des groupes. Il a opposé les ostéopathes qui, ayant conservé leur inscription sur les listes préfectorales et de la DDASS⁴⁵ au titre de leur diplôme initial de kinésithérapeute, choisissaient de ne pas faire payer la TVA sur leurs soins. Ils respectaient ainsi la Directive européenne de 1977 qui exonère de TVA les professions médicales et paramédicales. D'autres kinésithérapeutes faisait au même moment le choix de se radier des listes préfectorales et de faire payer la TVA sur leurs soins. Cette divergence est la base de la scission entre les deux mouvements. L'un, préconise la mise hors la loi de ses membres par leur radiation des listes préfectorales et de la DDASS et le paiement de la TVA. L'autre légaliste, veut construire la profession d'ostéopathe sur les bases d'un diplôme médical ou paramédical. C'est la voie qu'a choisie Guy Roulier et qui a donné naissance au SOK.

Cet épisode a révélé et exacerbé une différence de statut lié à la formation, et sans doute plus encore, des divergences de stratégie politique concernant l'ensemble de la profession. Xavier Perrone, l'un des responsables du SNOF, justifiait ainsi le positionnement de son syndicat :

C'était un mauvais argument [de vouloir payer la TVA] mais ils pensaient que cette reconnaissance fiscale leur donnait une reconnaissance professionnelle, c'est une aberration absolue. Nous on se disait, il y a deux moyens de faire parler de nous, c'est de ne pas payer la T.V.A. et de mettre l'administration dans l'embarra, et de la faire réagir. Il y a deux façons de faire, le moyen de coercition, c'est de payer ou de ne pas payer ? De ne pas payer... Nous dans le sud, on est peu être un peu plus... on réagit d'une manière peut être un peu plus épidermique mais enfin, c'est une question de bon sens, un enfant de dix ans, il comprendrait ça... eh non, il faut croire que chez nous, il y a des gens qui ne l'avaient pas compris ça. Alors ils disaient aussi, il faut leur rendre un peu justice « ceux qui payent la T.V.A. ce sont des bons praticiens parce qu'ils vivent de l'ostéopathie » Ce qui n'est pas tout à fait faux en même temps... Mais sur le plan économique, c'est une connerie.

Après une lutte juridique de longue haleine, le SNKO obtenait finalement l'exonération de la TVA pour les actes d'ostéopathie pratiqués par des kinésithérapeutes. Il entendait de même poursuivre le combat et défendre l'exonération pour l'ensemble des praticiens, quelle que soit leur formation, au titre de la profession de santé que ceux-ci

⁴⁵ Pour exercer en tant que professionnels de santé, les praticiens doivent être enregistrés sur les listes préfectorales ainsi que celles de la DDASS. La plupart des associations militant pour une ostéopathie exclusive demandent, pour l'adhésion des anciens kinésithérapeutes, leur radiation de ces listes pour qu'il n'y ait pas de confusion entre le statut existant et le statut revendiqué.

exercer. Action cependant vue d'un mauvais œil par les autres associations d'ostéopathes, pour lesquels les effets ne sont pas à la mesure des objectifs escomptés. Voici les témoignages de Jean-Marie Fongié et d'Olivier Serrail à ce sujet :

Ils ont obtenu gain de cause mais... gain de cause... façon de parler... parce que politiquement c'est quand même... moi je préfère être une pute et être reconnu comme tel... plutôt que de m'appeler femme de monde et en réalité être une pute, et sous prétexte de ne pas payer la TVA, et ben de ne pas m'afficher comme tel. Moi je suis ostéopathe et on sait que les professions non agréées par le Ministère de la Santé sont redevables de la TVA, on paye la TVA et puis c'est tout (...) Parce que moi je regrette mais le recours qu'ils ont fait en disant « on est kinésithérapeute et ceci et cela... » aujourd'hui, ça crée une disparité parce que vous avez quand même des ostéopathes qui ne sont pas kinés, ceux qui sont issus du temps plein, qui ne peuvent pas arguer de ce statut antérieur et qui de ce fait là ne peuvent pas demander l'exonération de la TVA. Jean-Marie Fongié

On sait qu'ils veulent l'exclusivité, le problème, c'est qu'ils demandent l'exclusivité mais ils ont toujours en arrière fond de leur activité d'ostéopathe exclusif un diplôme de kiné. Ce qui fait que les pouvoirs publics n'ont comme image que des gens qui sont des kinés faisant de l'ostéopathie, ce n'est plus du tout pareil que des membres du SFDO ou de l'UFOF qui ont choisi de faire de l'ostéopathie quelque soit leur origine, formation initiale ou formation en alternance, c'est-à-dire quelque soit le diplôme qu'ils ont à la base. Aucun de nos membres ne brandit son diplôme de kiné lorsqu'il y a une histoire de fiscalité ou une histoire de positionnement. Olivier Serrail

Simultanément, le statut ainsi que le positionnement du SNKO évoluait suite à la promulgation de la loi de 2002, conformément à ses aspirations d'origine de militer pour une ostéopathie indépendante tout en respectant scrupuleusement la réglementation en vigueur. Moins de deux semaines après la promulgation de la loi, le syndicat organisait une assemblée générale extraordinaire afin de procéder à la modification des statuts. Le SNKO devenait, selon les mots de Xavier Perrone, le « "SNOF-Profession ostéopathe " pour bien marquer les esprits. Ce que nous souhaitons dans nos rangs, ce sont des ostéopathes hein, c'est pas des intermittents. J'aime pas les intermittents. Dans le spectacle d'accord mais chez nous, non, non... » Les nouveaux statuts permettaient alors d'ouvrir les adhésions aux ostéopathes de formation initiale répondant « aux conditions posées par l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.⁴⁶ »

Les actions du SNOF pour la reconnaissance de l'ostéopathie sont avant tout basées sur un travail juridique, dans la lignée du combat pour l'exonération de la TVA, estimant que

⁴⁶ Cf. Article 7 des statuts du SNOF déposés suite à l'assemblée générale extraordinaire du 16 mars 2002.

la voie politique est peu prompte à apporter des résultats. Pendant que l'UFOF et le SFDO multiplient leurs contacts avec des personnalités politiques et élaborent des propositions de projets de décrets à force d'argumentation, le SNOF dépose un recours en Conseil d'Etat le 10 avril 2005, pour excès de pouvoir, afin d'obliger le gouvernement à publier les décrets de la loi 2002-303 dans des délais raisonnables. C'est la deuxième grande action du SNOF après le combat pour l'exonération de la TVA. Initiatrice de ce recours en avril 2005, le SNOF est rejoint par l'AFO, puis au mois de juillet par le CEESO (une école d'ostéopathie d'Ile de France) et le ROF. Le SFDO et l'UFOF ne se joignent pas au recours, estimant qu'il représente une erreur stratégique pouvant conduire le gouvernement à publier des décrets peu favorables. Le 19 mai 2006, le Conseil d'Etat condamne le gouvernement à publier les décrets dans un délai de six mois sous astreinte. L'administration, pressée par cette astreinte et par la multiplication des pressions exercées par les associations, organise différentes réunions pour décider de la consistance des décrets. Plusieurs projets de décrets sont présentés. Tous seront jugés indignes de la profession. Les associations signataires du recours sont alors rejoint par l'UFOF, le SFDO puis l'UNEO afin de continuer à exploiter la voie juridique en choisissant de faire trancher par le Conseil d'Etat l'interprétation juridique de l'article 75, relatif à l'ostéopathie et à la chiropraxie. L'enjeu consiste à savoir si l'article prévoit l'instauration d'une profession, avec les caractéristiques juridiques que celle-ci implique, ou d'un titre. Devant l'hétérogénéité des positions entre les différents acteurs et l'impasse des négociations, la voie juridique représente pour eux le plus sûr moyen d'aboutir.

- **L'AFO**

L'association Française d'Ostéopathie (AFO) se distingue des autres associations par le parcours relativement singulier et hermétique qui la caractérise. Dès 1963, l'AFO regroupe les anciens étudiants d'une école ostéopathique située à Genève. Dans les années 1970, en raison du succès croissant de l'ostéopathie, de la multiplication des formations et de l'absence de réglementation, les membres de cette organisation ont développé le terme d'« étioopathie », comme marque de distinction, non contents de la diversité des approches pratiquées sous la dénomination d'« ostéopathie ». C'est la version officielle. Une autre version indique que le changement de terminologie permettait de respecter davantage l'étymologie par rapport aux caractéristiques de la thérapeutique (la recherche de la cause, alors que « ostéopathie » désigne avant tout une maladie des os) mais aussi, et peut être

avant tout, d'échapper à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 6 janvier 1962, sanctionnant les ostéopathes et les chiropracteurs pour exercice illégal de la médecine. Une tactique n'ayant cependant pas fonctionné car les étioopathes ont été également poursuivis à plusieurs reprises. En tout état de cause, l'AFO devenait en 1973 l'Institut Français d'Étiopathie (IFE) puis Association Française d'Étiopathie (AFE). Jusqu'en 1988, les membres de cette association étaient exclusivement issus de l'école suisse, réservée aux praticiens de santé, conçue sur un modèle d'enseignement par alternance. Quelques temps après, une seconde école était ouverte à Cachan, pour des étudiants titulaires d'un DEUG de Biologie. Pour des raisons qui nous demeurent obscures, mais qui tiennent, selon certains témoignages, au climat favorable à la reconnaissance de l'ostéopathie ainsi qu'à la clarification et la stabilisation de ses concepts, l'AFE redevient l'AFO en 2000, revendiquant ainsi une place parmi les ostéopathes sur les rangs de la reconnaissance. La conception de l'ostéopathie de cette association nous est présentée par Alexandre Perez, notre interlocuteur de l'association, comme un genre de « *troisième voie* » tentant de faire la synthèse des concepts ostéopathiques et chiropratiques, en conservant une approche très « *mécaniste* ».

Le concept de l'étiopathie est légèrement différent dans la profondeur puisqu'en étiopathie, on dit que la lésion se met dans l'hypomobilité, c'est-à-dire dans le non fonctionnement... alors que très souvent on parle de l'hyper dans les autres... après c'est des combats d'écoles...

La présentation du concept de l'ostéopathie par l'AFO sur son site Internet indique une filiation forte avec les concepts fondateurs propres à Still et ses successeurs tout en rejetant tout « *dogme sans fondement scientifique* ». L'association affiche ainsi une volonté de rupture avec toute pratique non éprouvée scientifiquement ou, selon les termes que nous avons développés dans la première partie, en décalage avec le système de compréhension de la science actuelle et de la médecine moderne.

Au-delà de ces aspects, l'AFO fonctionne de manière particulièrement autarcique et hermétique vis-à-vis du reste de la communauté des ostéopathes exclusifs. L'association, qui poursuit les mêmes objectifs syndicaux que ses homologues du point de vue de la reconnaissance, n'ouvre ses portes qu'aux praticiens issus de ses propres écoles. Malgré leur éloignement géographique et la différence de mode de formation (continu/alternance ; DEUG Biologie/médicaux et paramédicaux), ces écoles fonctionnent selon un programme commun destiné à pourvoir les futurs professionnels de caractéristiques communes. Par ailleurs, elle développe ses propres modalités concernant l'organisation de la recherche et

édicte un code de déontologie à l'égard de ses adhérents⁴⁷, à la manière du ROF dont nous allons parler plus loin, malgré les réserves que celui-ci pourra avancer concernant ce code. Si l'on prend en compte l'ensemble des caractéristiques de cette association et son mode de fonctionnement, il est possible de considérer cette dernière comme une véritable forme politique, cohérente, organisée et stabilisée dans son fonctionnement, couvrant l'ensemble des besoins et des objectifs fixés par ses membres (enseignement, activité syndicale, recherche, contrôle déontologique). Cette dernière est néanmoins mineure car, fonctionnant en système clos, elle ne prend pas en compte l'ensemble des ostéopathes partageant leurs propres perspectives politiques, comme c'est le cas des autres associations d'ostéopathes exclusifs. Il semble cependant qu'un certain nombre d'actions – dont le recours en Conseil d'Etat déposé en partenariat avec d'autres associations est représentatif (cf. partie précédente) – témoignent d'une tendance au décloisonnement, ou à l'ouverture, menée par ses dirigeants.

3.2.4. Un syndicat d'étudiant : Vers une structure globale ? L'UNEO

Née en février 2006, l'Union Nationale des Etudiants en Ostéopathie (UNEO) est la plus jeune association représentant la cause des ostéopathes exclusifs. Avec plus de 1500 adhérents, elle est actuellement l'association la plus importante d'un point de vue numérique. Il faut souligner qu'à la différence des autres associations socioprofessionnelles, elle ne poursuit pas des objectifs syndicaux, c'est-à-dire la défense des intérêts matériels des adhérents. Ses activités sont consacrées à la dimension politique de la reconnaissance de l'ostéopathie. D'un point de vue associatif, cette structure est donc proche de ce qu'est pour les ostéopathes médecins l'association Ostéos de France. Nous laissons la parole à Sylvain Ruiz, l'un de ses responsables, en ce qui concerne la description de sa structure et de ses objectifs, car nous ne disposons que de son seul témoignage⁴⁸.

Raison d'être :

Plus ça allait, plus le futur avait l'air d'être sombre en fait pour nous si on écoutait

⁴⁷ Il est intéressant de souligner la forme de ce code de déontologie qui reprend, mot pour mot et article après article, les mêmes termes que ceux du code de déontologie médicale qui assigne le praticien au contrôle de l'Ordre des médecins, en remplaçant simplement la terminologie médicale par celle propre au monde de l'ostéopathie (ostéopathe DO pour docteur en médecine, etc.). Cf. leurs codes de déontologie consultables sur les sites Internet du Conseil National de l'Ordre des médecins et de l'AFO.

⁴⁸ Nous n'avons en effet trouvé qu'un nombre peu important de documents sur cette association encore jeune.

tous les représentants syndicaux et **on avait pas une voix d'étudiants**, quelqu'un qui représentait réellement la cause étudiante et puis c'est vrai que plusieurs professionnels nous ont dit qu'il serait intéressant de monter, de **créer un syndicat d'étudiants** qui est en fait une association d'étudiants, pour pouvoir vraiment représenter, **pour pouvoir rentrer dans le débat**, donc c'est pour ça qu'il y a pas eu vraiment de cause mais un jour on a appelé deux trois copains dans des écoles différentes et on s'est rencontré dans un bar à Paris, on a commencé à parler, c'était la première fois qu'on parlait hors d'une soirée ostéo où on était tous un peu bourrés et on disait un peu de la merde, donc on s'est rencontré dans un bar, on a discuté entre nous, **on s'est rendu compte que certes il y avait des divergences d'approche entre les écoles, etc. mais qu'on avait tous une même envie, c'était de faire le métier d'ostéopathe, et qu'on avait tous la même envie, c'était que le métier d'ostéopathe soit vraiment reconnu comme une réelle profession comme dans tous les pays d'Europe**, donc à ce moment là, on s'est dit « pourquoi pas monter une assoc », on a refait une réunion, on a monté les statuts et puis ça a plutôt bien fonctionné...

Représentation :

On est la seule assoc représentant les étudiants issus d'une formation à temps plein qui n'ont pas le choix, qui ne pourront pas faire autrement comme les médecins, kinés ou autre... ce qui est bien, c'est qu'on est tous dans le même bateau alors que les autres syndicats professionnels qui sont très important également, eux vont représenter, malgré ce qu'ils disent autant les kinés ostéo que les ostéopathes exclusifs.

On voulait pas que ça représente une seule école, ça aurait eu strictement aucun intérêt, on représente absolument pas les écoles, **on représente les étudiants des écoles** et là actuellement, toutes les écoles sont représentées dans l'UNEO (...) J'ai tenu à ce que un représentant de chaque école soit membre du bureau national, que toutes les écoles soient représentées et qu'on dialogue tous ensemble...

Principe de sélection des adhérents :

Q : Mais ça fait du monde non ? J'ai entendu qu'il y avait environ 70 écoles, vous les représentez vraiment toutes, ou il y a une sélection sur...

Alors, on accepte les étudiants issus, ou en cours de formation à bac+6, à 5000 heures de cours, sanctionnées par un diplôme d'ostéopathie, un DO et un mémoire de fin d'étude, déjà ça sélectionne un petit peu, ça sélectionne pas mal les écoles donc il y en a déjà beaucoup moins que 70 et généralement, on se rejoint aussi, on se rapproche des écoles qui sont issus ou qui sont scotchées au RPO, au Référentiel Profession Ostéopathe auquel pas mal d'écoles ont signé qui sont un peu sur le même schéma de cursus...

Quelle ostéopathie ?

*Oui alors, les courants différents, je vous avoue que... c'est assez abstrait pour moi, l'ostéopathie de toute façon il y a des courants différents dans la philosophie ostéopathique donc ça, on ne peut pas aller contre, ce que nous souhaitons nous, c'est uniquement une reconnaissance d'une profession d'ostéopathe, **une profession malgré les courants différents d'ostéopathes, mais avec surtout une formation d'excellence...***

*Nous ne souhaitons pas rentrer dans ces divergences de point de vue entre directeurs d'écoles et entre écoles, on part du principe que **l'étudiant**, quand il rentre dans une école, il a pas fait le choix de suivre ce cursus par rapport à un choix... je dirais scientifique de l'école, **quand il rentre dans l'école, il ne connaît pas en général ce que c'est que l'ostéopathie**, il le fait parce que l'école est près de chez lui, par le bouche à oreille ou la façon dont les cadres de l'école ont vendu... ont vendu l'école, ce qui est tout à fait normal et c'est mon cas... **nous ne voulions pas faire de différence entre les écoles**, justement partir de la base des étudiants pour pouvoir **communiquer tous entre nous malgré les différences de courants, d'écoles**, c'est ce qui est justement un peu sympa dans l'union quoi...*

L'UNEO est une structure associative relativement intéressante dans la mesure où elle représente un type de structuration transversale aux structures déjà existantes. En émanant d'un ensemble d'écoles non fédérées entre elles, elle n'a pas l'origine localisée qui caractérisait les autres associations. La mise en place d'une telle structure ne semble cependant possible qu'à partir d'un réseau existant, représentée par les différentes associations et, à travers elles, de l'identité professionnelle qui s'en dégage. Cette caractéristique, ajoutée aux actions communes menées l'ensemble des associations et les projets d'alliance, tend à préfigurer une structuration unifiée à plus grande échelle. Nous comprendrons ce processus comme le passage de l'option politique (construite de concert) à la forme politique, dont les instances contrôlent l'application et l'organisation interne des pouvoirs.

3.2.5. Placer les ostéopathes sous contrôle. Structure ordinale et déontologie. Le ROF

Le Registre des Ostéopathes de France (ROF) est une association loi 1901 créée en 1981. Cette structure est une émanation directe du SFDO puis de l'UFOF, désireux de constituer en secteurs d'activité distincts la défense des professionnels et l'éthique et la déontologie. Le témoignage de Franck Jobim, l'un des responsables du ROF, sur l'histoire et l'évolution de la structure du ROF atteste à sa manière de la multiplication des tentatives – sinon des réalisations – pour unifier le champ de la profession autour de structures communes. Dès son origine, les objectifs de la structure sont de regrouper des professionnels

exerçant en France et même à l'étranger (cf. les statuts) autour d'un ensemble de critères professionnels et de règles déontologiques. Sa création répond en outre à un alignement sur le fonctionnement associatif de différents pays dans lesquels la structuration de l'ostéopathie comme profession est davantage développée. La Nouvelle-Zélande, l'Angleterre (General Osteopathic Council) ainsi que les Etats-Unis (American Osteopathic Association) possèdent par exemple leurs propres registres. Ces derniers apparaissent nécessaires à la fois pour définir les critères de l'exercice professionnel, ses limites et organiser son contrôle. Ils permettent également d'organiser la profession sur le même schéma institutionnel que les professions de santé en recouvrant leurs caractéristiques. On sait que chaque pays européen a, comme la France, l'équivalent de l'Ordre des médecins.

Concernant les critères professionnels, le ROF est notamment l'initiateur, en partenariat avec la Collégiale académique, le SFDO et l'UFOF, du Référentiel Professionnel Ostéopathe (RPO) dont nous avons précédemment parlé. En un sens, il participe à la construction des normes propres au milieu mais, en tant que structure ordinale, il est davantage orienté sur les limites professionnelles et le contrôle des normes établies⁴⁹. Rappelons que ces normes visent à définir un haut niveau de compétence pour les praticiens mais avant tout à répondre à une préoccupation plus générale, partagée à la fois par le gouvernement et le grand public : celle de garantir la sécurité du patient. L'adhésion au ROF est ainsi proposée comme un label de qualité, de compétence et de rigueur. Elle donne lieu à un insigne supplémentaire. L'adhérent au ROF peut faire figurer sur sa plaque professionnelle « DO-MROF » pour « diplômé d'ostéopathie membre du ROF ». Du point de vue de la déontologie, les règles établies suivent scrupuleusement, comme celles du code de déontologie de l'AFO, celles qui régissent les autres professions de santé. Voici les propos de Franck Jobim à ce sujet :

Nous avons toujours, quand je dis nous, c'est un nous collectif, donc mes prédécesseurs, **il y a 30 ans que nous avons choisi d'être une profession de santé**, à partir de là, on s'en donne les moyens. Il n'y a pas de profession sans déontologie, donc on crée une déontologie, et **comme on veut être une profession de santé, notre déontologie, c'est la déontologie des professionnels de santé**, c'est aussi simple que ça...

⁴⁹ Cf. par exemple ROF, *Analyse critique des risques attribués aux manipulations du rachis cervical et recommandation de bonnes pratiques*, dépôt légal février 2005. Ce document constitue une réponse aux restrictions annoncées dans les différents projets de décrets qui prévoyaient de réserver certaines manipulations sensibles aux médecins (rachis cervical, nourrisson de moins de six mois, femmes enceintes, touchers pelviens).

De son point de vue, comme de celui d'autres professionnels que nous avons rencontrés, même si ces derniers n'y adhèrent pas nécessairement, le ROF est le seul organisme à détenir un « véritable » code de déontologie, à avoir une « véritable » vocation ordinale. Toutes les structures que nous avons étudiées, que ce soit l'Académie d'ostéopathie, le SNOF voire même l'AFO disposent de textes règlementaires. Mais ces derniers sont davantage conçus sur le modèle de règlements intérieurs, qui définissent des lignes de conduites et d'exercice souhaitables, sans entraîner aucune obligation de la part des adhérents. La spécificité du ROF à cet égard est d'avoir développé un système proprement coercitif en relation avec les règles établies. L'adhérent du ROF est un praticien lié à la structure par une **relation contractuelle**. Les textes sont lus, signés et approuvés, et tout écart à la règle entraîne la mise en place de mesures disciplinaires, échelonnées selon la gravité de l'infraction. Celles-ci peuvent aboutir au renvoi de l'adhérent, ce qui n'est, semble-t-il, pas possible à l'intérieur d'une structure associative non fondée sur ce type de contrat, en vertu du respect des lois de la République.

Dans nos textes, il y a une procédure disciplinaire avec une chambre de premier jugement et une chambre d'appel, avec différents niveaux de sanction (...) On a un texte qui dit « voilà ce qu'il faut faire », et puis on a un autre texte qui dit « si vous ne faites pas comme il faut, voilà comment se met en place une procédure disciplinaire... » Franck Jobim

A travers ce que nous venons de dire, on peut voir que le ROF se développe à l'intérieur d'un espace de relations assez localisées à son origine, autour de deux associations. Cet espace de relation s'étend ensuite progressivement en rassemblant peu à peu les adhérents d'autres associations. Mais le caractère transversal de l'association prend toute sa dimension avec l'évolution du mode de contrôle des adhésions. A son origine, l'adhésion au ROF était conditionnée par l'adhésion au SFDO puis à l'UFOF lors de sa création, de même que par la détention des diplômes d'ostéopathie (DO) délivrés par les écoles de la Collégiale académique, du groupe INFO et Sup'Ostéo. L'arrivée en 2002 de Pascal Javerliat à la présidence de l'association a créé de nombreux remous dans les relations intersyndicales. Celui-ci, à la différence des précédents administrateurs, a cherché à instituer l'autonomie du ROF vis-à-vis des structures auxquelles il était lié et à partir desquelles il avait été fondé. Voici la manière dont il résume ce changement de politique et ses effets :

Quand je suis arrivé en 2002, je leur ai fait comprendre que c'est plus eux [les syndicats et les groupements d'écoles] qui dirigeraient le ROF, et c'était notamment possible parce qu'il n'y avait plus aucun membre du bureau du ROF qui avait un lien

direct avec les établissements, donc ça a commencé, il y a la moitié des directeurs d'établissements qui ont démissionné du ROF en demandant à leurs professeurs de faire pareil, donc on a perdu 120 membres (...) Ils y étaient tous, on était leur porte drapeau commercial comme label de qualité, ça fonctionnait très bien.

Il est également intéressant de considérer les raisons qui l'ont amené à marquer cette rupture avec les partenaires initiaux afin d'établir son indépendance et sa neutralité :

C'est un système opaque, on auto entretient un système et jusqu'en 2002, on s'était servi du ROF pour ça, et c'était très difficile de faire autrement je pense mais vu qu'on est dans un processus de réglementation, il faut mettre en place de la transparence.

C'est donc la pression extérieure générée par les événements au regard des propres objectifs de l'association qui amène le ROF à se positionner, non plus *par rapport* à ses partenaires initiaux, mais en tant que structure transversale, autonome et indépendante :

*Le travail, je dirais d'union est assez difficile à réaliser... vous demandiez tout à l'heure s'il y avait des évolutions... jusqu'à 2002, le ROF était très lié aux écoles, et pour caricaturer, **le ROF était plus une association d'anciens élèves qu'une association de professionnels.** Elle avait dans les textes cette vocation ordinale, mais dans les faits et dans les esprits, c'était pas le cas... A mon sens, et c'est là-dessus que je me suis battu et que je continue à me battre, **nous souffrions d'une véritable identité de professionnels.** C'est-à-dire **que l'ostéopathe s'identifiait trop par rapport à l'école qu'il avait faite**, et là on revient aux courants de pensée, aux manières de faire et tout ça, vous en avez eu des échos... et **pour devenir vraiment une profession et mettre en place des critères déontologiques, il fallait supprimer cette référence systématique à son école**, dès lors qu'on est diplômé et qu'on est dans un groupe professionnel, on est dans un groupe professionnel, on n'est plus un ancien diplômé de machin truc... Franck Jobim*

C'est dans cette perspective que les administrateurs du ROF ont décidé de ne plus baser les critères d'adhésions sur le diplôme mais sur des critères de compétence définis par un groupement de professionnels que garantie un cahier des charges. Franck Jobim parle à ce titre de « *standards d'homogénéisation et de standardisation* » de la profession. En se détachant ainsi des écoles, le ROF entend mettre en place un contrôle des examens par le biais d'une validation indépendante effectuée par un jury formé à cet effet, et non plus « *par des professionnels par le biais de copinages.* » En l'absence d'obligation d'adhérer au ROF pour les professionnels et en raison de la nature coercitive de ses activités, le ROF a perdu environ 300 adhérents entre 2002 et 2004 pour un nombre total de 737 au moment de l'enquête de représentativité réalisée par le ministère de la Santé en 2002, suite à la promulgation de la loi. Cependant, sa participation active à la définition de règles

professionnelles et de normes de compétence en fait une association de référence dans le milieu si l'on en juge les nombreux témoignages allant en ce sens, la consultation dont il est l'objet et le renouvellement des adhésions (autour de 1000 aujourd'hui).

3.3. L'ostéopathie au sein de l'organisation socioprofessionnelle de la kinésithérapie. Une structuration balbutiante

Au cours de la deuxième partie, nous avons vu quelles étaient les positions développées par les kinésithérapeutes au sujet de l'ostéopathie : la défense d'un prérequis spécifique pour accéder à la pratique de l'ostéopathie ; une réglementation professionnelle conforme à celle qui régit les pratiques médicales et paramédicales. Nous avons également vu les divergences qui éloignaient les deux syndicats de kinésithérapeutes, la FFMKR et le SNMKR⁵⁰, à propos de la place à accorder à l'ostéopathie dans le système de soin. Malgré une mobilisation assez intense des kinésithérapeutes⁵¹ au travers de leurs organismes professionnels, la lutte pour le contrôle de l'évolution juridique et institutionnelle du statut de l'ostéopathie n'a pas entraîné le développement de structures spécifiques, comme c'est le cas chez les médecins et les ostéopathes exclusifs. Cette particularité repose selon nous sur trois facteurs principaux.

Le premier tient au fait que les professionnels défendant, à l'intérieur même des structures professionnelles de la kinésithérapie, le prérequis de kinésithérapeute comme mode d'accès à la pratique de l'ostéopathie, sont en relative minorité. Une grande majorité, une fois formée, semble en effet davantage militer pour un exercice exclusif de l'ostéopathie, de même que pour un statut autonome, rejoignant ainsi les structures correspondant à cette orientation politique. En tant que minorité, l'organisation d'une structure spécifique autour de l'ostéopathie s'avère plus difficile à développer.

Le second facteur repose sur la principale différence de positionnement des deux syndicats, que nous avons précédemment explicitée. Tandis que la FFMKR considère l'ostéopathie comme une spécialité de la kinésithérapie, le SNMKR tend à se rapprocher du positionnement des structures d'ostéopathes exclusifs, en ne considérant le lien entre les

⁵⁰ Respectivement la Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs et le Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs.

⁵¹ La dénomination de kinésithérapeute caractérise dans cette partie les praticiens en fonction de leur positionnement politique et de leur appartenance aux structures professionnelles de la kinésithérapie.

deux méthodes thérapeutiques que comme une filiation, une continuité, tout en reconnaissant à l'ostéopathie une réelle spécificité et indépendance, au titre d'une incommensurabilité des pratiques. Cette divergence de point de vue comporte plusieurs conséquences. Elle a tout d'abord pour effet d'accroître l'isolement des kinésithérapeutes ostéopathes, en fragilisant la cohérence politique du groupe. Ensuite, et cela représente plutôt un atout pour ces praticiens, l'ostéopathie, au titre d'une spécialité ou, a minima d'un prérequis, peut facilement être intégré aux structures existantes, sans en nécessiter la réorganisation profonde. C'est de ce point de vue que nous pourrions parler d'intégration.

Un troisième facteur, non moins important, tient à l'ancienneté de la mobilisation des acteurs. Le SNMKR s'occupe officiellement de ce dossier depuis la fin des années 1990 par l'intermédiaire de Martial Ronan qui milite lui-même individuellement, en tant qu'enseignant et directeur d'école, depuis une trentaine d'années. Pour sa part, la FFMKR a adopté l'ostéopathie dans ses statuts suite à la promulgation de la loi de 2002, avec en prime la chiropraxie qui, aux dires de Baptiste Martinon, l'un des membres du bureau, ne fait l'objet d'aucun investissement particulier :

*Dans les statuts de la FFMKR, il y a l'ostéopathie dedans (...) et la chiropraxie... mais **la chiropraxie, c'est pas notre truc, on sait pas faire**, et puis les chiropracteurs ils doivent être 600 ou 700 en France, ils sont tout seuls dans leur coin, ils ne font de tort à personne...*

La mobilisation tardive de la FFMKR nous est expliquée par le respect de la législation en vigueur. En l'absence de réglementation spécifique, la FFMKR ne souhaitait pas défendre ceux de ses membres qui pratiquaient l'ostéopathie, laissant sa pratique sous leur propre responsabilité. Pour l'ensemble des raisons que nous venons d'aborder, l'ostéopathie n'a connu à l'intérieur du monde de la kinésithérapie qu'un développement informel, fortement lié à des circonstances locales. Elle n'a pas fait l'objet d'un investissement plus large.

Si l'on se permet de proposer une lecture des modes de structuration de l'ostéopathie à partir de son développement dans les trois milieux sur lesquels a porté notre analyse, on pourra conclure que sa structuration dans le monde de la kinésithérapie en est à ses balbutiements. Si l'on garde l'angle de lecture adopté plus haut, l'essentiel de la mobilisation des kinésithérapeutes autour de l'ostéopathie repose avant tout sur des options politiques. Il n'y a pas lieu, jusqu'à présent, de parler de la naissance d'une forme politique, en l'absence

de véritable structure globale autour de l'exercice, de l'enseignement, de la recherche et de la définition de l'ostéopathie, comme on a pu le voir dans les autres cultures de soin. Mobilisés politiquement sur la question de l'ostéopathie, les kinésithérapeutes ont cependant développé des alliances avec les associations et syndicats socioprofessionnels des médecins (médecins ostéopathes et médecins). Ils sont par ailleurs particulièrement investis sur la question au travers de leurs différents organes de presse professionnelle et syndicale⁵², et présents dans chaque réunion rassemblant l'ensemble des associations d'ostéopathes. L'Ordre des kinésithérapeutes, enfin, est également en charge du dossier par l'intermédiaire de Martial Ronan, en sa qualité de représentant.

Si l'on ne peut prédire la nature des développements ultérieurs de l'ostéopathie au sein de la structure socioprofessionnelle de la kinésithérapie, qui peuvent être affectés de multiples façons, on relèvera néanmoins une constance. On remarquera qu'un début d'organisation se met progressivement en place à partir de l'action d'individus relativement isolés les uns des autres qui, après s'être formés à l'ostéopathie et avoir exercé pendant quelques années, montent un groupe d'enseignement, puis parfois une école, forment du personnel et des étudiants, trouvent un relais auprès de syndicats ou en créent, etc. L'histoire actuelle de ce milieu ne préjuge pas de la suite, mais l'ensemble des observations indique que les deux formes politiques correspondant à l'ostéopathie médicale et l'ostéopathie exclusive naissent à partir de la mise en relation de foyers multiples d'organisation primaire, à la fois locaux et isolés les uns des autres.

Le parcours de Baptiste Martinon nous permet d'étayer ces hypothèses. Après avoir obtenu son diplôme d'Etat de kinésithérapeute, celui-ci entreprend en 1987 une formation en alternance en ostéopathie. Suite à plusieurs années d'exercice, il monte un petit institut de formation qu'il réserve uniquement aux détenteurs d'un diplôme paramédical. De fait, ses promotions recrutées par le biais du bouche-à-oreille ne comprennent que des kinésithérapeutes. Au regard des bons résultats de l'institut (finances, satisfaction), celui-ci s'est par la suite rapproché de l'INK⁵³ qui prend maintenant en charge la partie administrative de son fonctionnement. Le parcours de Martial Ronan est assez similaire à celui que nous venons de décrire. Formé en ostéopathie dans les années 1970, il crée en 1985 une école d'ostéopathie au sein d'un centre privé de formation continu en kinésithérapie. Par

⁵² Cf. Objectif Kiné, Kiné actualité, La lettre de l'adhérent (FFMKR), Kiné : Les Annales, etc.

⁵³ Institut National de Kinésithérapie, structure d'établissements privés en kinésithérapie.

mesure de rétorsion protectionniste, son école n'est également ouverte qu'aux kinésithérapeutes, suite à l'expérience de ses confrères à la Faculté de médecine de Bobigny, où le doyen d'université Pierre Cornillot avait créé, en 1982, un enseignement en ostéopathie :

Non, je les prends pas, je ne voulais pas de médecins parce que quelquefois j'en ai pris et puis après ils me piquaient mes techniques et puis après ils te disent « t'es pas médecin donc tu peux pas les enseigner, tu peux pas pratiquer »... une politique comme ça ! C'est ce qu'on a fait au début hein, on a fait ça avec le doyen Cornillot à Bobigny, Mr Cornillot, c'est mes collègues qui y étaient allés : 3, 4 enseignants, on leur a donné toutes les techniques et après on était exclu des formations... faut arrêter les conneries... mais ils ont pris toutes nos techniques au départ et maintenant, ils se sont bien formés les toubibs...

Conclusion

Au cours de ce travail, nous avons cherché à construire l'espace des prises de position autour de la reconnaissance de l'ostéopathie, en relation avec différentes dimensions des « mondes » dans lesquels évoluent les ostéopathes. Nous avons montré de quelle manière les perspectives envisagées par les praticiens quant à leur statut et à celui de leur discipline s'articulent à leur formation, au sens large du terme (formation en ostéopathie, formation et exercice initiaux, expériences particulières). Dans le même mouvement, nous nous sommes efforcés de mettre en évidence les appuis normatifs à partir desquels les ostéopathes légitiment leurs perspectives et leurs aspirations. Nous avons dégagé d'une part ceux dont ils disposent dans leur environnement immédiat (rôle des patients, des titres universitaires, etc.) ; d'autre part les différentes dimensions du travail normatif accompli, par l'intermédiaire de leurs structures.

Les recherches que nous avons conduites autour de ces différentes questions appellent plusieurs remarques. Dans un premier temps, nous chercherons à caractériser la nature du travail normatif réalisé par les praticiens via leurs organisations ainsi que le processus de structuration des mondes ostéopathiques. Ces deux activités nous semblent répondre à une logique commune qu'il convient de commenter. Dans un deuxième temps, nous verrons en quoi certaines controverses autour des activités des ostéopathes constituent la réaffirmation d'une tension qui se joue entre *tradition clinique* et *modernité thérapeutique* et, partant, la remise en débat, au sein du monde médical, des deux formes d'objectivité qui leur sont attachées¹. Dans un troisième temps, nous avancerons quelques propositions de recherche susceptibles d'être explorées afin de prolonger cette étude.

La conformation du travail normatif. Un réformisme

L'étude de la normativité dans le monde des ostéopathes permet de corroborer la notion d'autonomie normative développée par Alexandre Jaunait au sujet de son étude sur la production des normes de l'institution médicale². L'auteur montre que son autonomie dans

¹ Nous explicitons plus bas la signification de cette terminologie.

² Cf. Alexandre Jaunait, *Comment pense l'institution médicale ?...*, *op. cit.*, Introduction.

ce domaine n'est pas à comprendre comme un travail rigoureusement hermétique en raison du degré de spécificité qui l'incombe, mais bien au contraire comme l'adaptation de normes spécifiques à des valeurs plus générales de la société. Conformément aux théories interactionnistes, la notion d'autonomie affirme, contre celle de déterminisme, l'idée d'un fonctionnement selon une logique propre – qui suppose conscience et réflexivité sur ses propres actions – faite d'un jeu subtil entre autonomie et contrainte. On pourra avoir à l'esprit la métaphore d'Alain, à propos de la liberté, d'un voilier qui louvoie pour remonter au vent. Dans chaque culture de soin, nous retrouvons ces caractéristiques dans la production des normes ostéopathiques, non nécessairement en relation avec des valeurs de la société (nous n'avons pas envisagé cet aspect dans notre étude), mais avec des événements ou des éléments d'ordre structurels, qui tiennent à la nature du terrain sur lequel évoluent les ostéopathes³. Cette hypothèse permet de rendre compte de la nature de la production des normes ostéopathiques tout comme de la nature de la structuration à l'œuvre dans ces milieux. Nous avons vu par exemple de quelle manière une loi de finances de 1986, modifiant les régimes fiscaux de certains ostéopathes, impulsait la structuration de groupes distincts, auparavant réunis, autour d'objectifs spécifiques d'ordre politique (cf. point 3.2.3., partie consacrée au SNOF). De même, la promulgation de la loi du 4 mars 2002 et ses effets sur la situation de l'ostéopathie (multiplication des écoles, non réglementation de l'exercice) amenaient différentes organisations d'ostéopathes à se rassembler autour de la construction d'objectifs communs.

Vous savez, la loi de 2002 a bousculé énormément les usages ostéopathiques français qui jusqu'à présent étaient très scindés et que chacun dans son coin était persuadé de détenir la vérité, et que l'avènement de la loi a obligé tout ce monde à se rendre compte qu'il y en avait d'autres autour d'eux, et le travail je dirais d'union est assez difficile à réaliser... Franck Jobim

Les évolutions juridiques ne sont pas seules à influencer sur la nature de la configuration des options politiques et des modalités de structuration des réseaux ostéopathiques. Ces deux types d'activité sont également à comprendre en relation avec des rapports d'interactions spécifiques *entre* différents segments, dont les perspectives et les aspirations sont en concurrence. Comme l'expliquent les auteurs de *Quelle médecine voulons-nous ?*⁴, la

³ Cette perspective se rapproche également de la manière dont Anselm Strauss décrit les processus de segmentation des mondes sociaux en relation avec des avancées technologiques, etc. Cf. Strauss, *La trame...*, *op. cit.*, p.274.

⁴ Baszanger (I.), Bungener (M.), Paillet (A.) (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, coll.

médecine et la science deviennent après-guerre des références centrales. Leurs activités sont autonomes. Aujourd'hui, la légitimité de la délégation à l'institution médicale de la prise en charge de la santé tend à être remise en cause sur différents aspects et pour plusieurs raisons (effets iatrogènes, développement de nouvelles maladies, phénomènes de résistance, inéluctabilité de la mort, etc.). Cette question est de même investie par des acteurs de plus en plus nombreux. Si la mobilisation des associations d'ostéopathes exclusifs et, dans une certaine mesure, par les autres groupes d'ostéopathes illustre cette remise en cause, le fait que le point d'origine des débats et des controverses tourne autour de questions d'ordre *légales*, initiées par l'Etat, crée une certaine asymétrie des rapports de pouvoirs dans la conduite et la détermination des épreuves légitimes. A ce titre, le centre de gravité concernant la définition des questions saillantes et le pouvoir d'authentification des épreuves considérées comme légitimes tend à se situer du côté de l'institution médicale. L'essentiel des activités des différentes organisations d'ostéopathes consiste en effet à produire de nouvelles normes *conformes* aux normes en vigueur : de sécurité, d'efficacité, de scientificité, de traçabilité, de gestion d'une population (concours, *numerus clausus*), etc. Si les normes sont différentes au sein de chaque groupe, il semble néanmoins possible de relever cette caractéristique plus générale de *mise en conformité*⁵. C'est à ce titre qu'on pourra parler d'un réformisme pour caractériser l'activité de ces organisations, au sens d'une volonté de réorganiser les pouvoirs et de redéfinir, non les objectifs, mais les moyens possibles pour y parvenir. Il ne s'agit à aucun moment d'une remise en cause globale de la structure des pouvoirs, d'une *révolution*⁶. A la différence d'autres médecines alternatives, ces caractéristiques du travail politique et normatif des ostéopathes participent sans aucun doute à expliquer le processus de reconnaissance qui est aujourd'hui à l'œuvre.

« Etat des lieux », 2002.

⁵ D'une manière assez similaire, Luc Boltanski montre que, pour être jugées acceptables et donc publiables, les lettres de dénonciation adressées au quotidien *Le Monde* doivent dégager un « *sens de la normalité identique à celui de ses juges* » ainsi qu'un caractère générique, « *désingularisé* ». Cf. Luc Boltanski, « La dénonciation publique », in : *L'amour et la justice comme compétences*, Paris, Métailié, 1990, p.298. Tout l'enjeu du travail des ostéopathes mobilisés pour la défense de leurs perspectives consiste pour une part à réaliser les mêmes opérations, dans le sens d'une mise en conformité selon les normes du monde dans lequel ils s'investissent.

⁶ Pierre Bourdieu et Rosine Christin font le même type d'observations concernant la nature de la réforme de la politique du logement au milieu des années 1970. Les acteurs de la réforme opèrent une *transgression contrôlée*, entre autre grâce à une connaissance et une maîtrise profonde des règles du jeu en vigueur. La condition de la légitimité de la mobilisation des acteurs est d'être « *accomplie dans les formes* ». Cf. Pierre Bourdieu et Rosine Christin, « La construction du marché... », *op. cit.*

Entre tradition clinique et modernité thérapeutique

Les observations effectuées permettent ensuite de mettre en relief certaines ambivalences, présentes au sein de la médecine comme des différentes cultures ostéopathiques, à propos des manières de concevoir l'organisation et la distribution des pouvoirs. Ces ambivalences permettent par ailleurs de donner du relief aux processus d'adaptation et de mise en conformité que nous avons décrit précédemment autour d'une idée de conflit de définition, entre des tendances qui ne sont pas clairement polarisées. Elles peuvent être éclairées à la lumière des notions de *tradition clinique* et de *modernité thérapeutique*, développées par Nicolas Dodier. Dans plusieurs de ses travaux⁷, ce dernier analyse les transformations qui se déroulent dans le monde médical au cours du 20^e siècle relatives à la manière de construire et de distribuer des pouvoirs reconnus. *Tradition clinique* et *modernité thérapeutique* sont deux concepts qui permettent de rendre compte de ces évolutions, construits au carrefour des problématiques croisées de l'objectivité du spécialiste et de l'autonomie du patient. Dans les grandes lignes, la tradition clinique est représentative d'une manière de concevoir l'objectivité du spécialiste dans la *proximité*. La capacité à comprendre chaque cas dans ce qu'il a de particulier repose sur l'expérience du clinicien, acquise au chevet des malades. Dans ce schéma, le « mandarin hospitalier » fait figure d'autorité, et le contrôle des pratiques est effectué par les pairs. Comme le rappelle l'auteur, il s'agit d'une forme de contrôle relativement monopolistique, n'accordant aucune légitimité de jugement à des acteurs extérieurs (par exemple des magistrats)⁸. Dans le même ordre d'idée, l'autonomie du patient est à comprendre comme une forme très avancée de délégation. A l'inverse, la modernité thérapeutique représente un mouvement progressif construit contre les excès de la tradition clinique dans une suspicion radicale vis-à-vis de toute forme de proximité. L'avènement de l'*evidence based medicine*, avec les essais contrôlés randomisés comme dispositif emblématique, valorise un type d'objectivité dans la *distance*. Par ailleurs, la relation médecin/patient évolue vers un mode participatif avec pour notion centrale le *consentement éclairé* du patient. Concernant notre étude, nous nous en tiendrons à analyser la place des deux types d'objectivité, ne disposant pas suffisamment

⁷ Cf. en particulier Nicolas Dodier, « Les mutations politiques du monde médical... », *op. cit.* ; « S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique de la délégation des soins », *Handicap*, Revue de Sciences humaines et sociales, n°104, 2005, et également, avec Volona Rabeharisoa « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social, *Politix*, vol.19, n°73, 2006 ; *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, *op. cit.*

⁸ Cf. Dodier, « Les mutations politiques du monde médical... », *op. cit.*

d'éléments concernant l'autonomie du patient.

L'ambivalence entre ces deux pôles s'exprime tout d'abord dans le discours des médecins ostéopathes. A une époque dominée par les critères de l'*evidence based medicine*, ces derniers cherchent à construire la légitimité de leur statut d'ostéopathe – au détriment, par ailleurs, de celui des ostéopathes non médecins (kinésithérapeutes et ostéopathes exclusifs) – en relation avec leur expérience de cliniciens. Autrement dit, il s'agit de la réitération d'un type d'objectivité construit dans la proximité, là où d'autres ostéopathes mettent l'accent sur le développement de moyens, au cœur des formations, afin de répondre aux exigences d'objectivité dans la distance.

Les formations en ostéopathie⁹ sont le second lieu où transparaît la perméabilité entre ces deux pôles. En leur sein coexistent les deux conceptions de l'objectivité qui y sont attachées. Pour une large part, l'enseignement en ostéopathie repose sur l'apprentissage du geste (« l'apprentissage de la main », disent les praticiens), du diagnostic et du choix thérapeutique directement auprès du patient, sous l'autorité d'un praticien expérimenté. Les praticiens isolent clairement ce qui relève de la théorie de ce qui relève de la pratique. Notons que la plupart des écoles ostéopathiques ont mis en place des cliniques écoles. D'un autre côté, les organisateurs de ces formations attachent une importance croissante à leur mise en adéquation avec les dernières avancées médicales et scientifiques. On peut relever cette volonté à travers l'organisation ou la participation à des congrès, conférences, symposiums autour de ces dernières ; par le recrutement d'enseignants capables de les transmettre ; de l'accent qui est mis, dans certaines écoles, sur la méthodologie de recherche scientifique ou encore par l'utilisation accrue de l'imagerie médicale (radios, scanners, IRM) à des fins diagnostiques.

Pour finir, c'est sur la question de la nature de l'évaluation en ostéopathie que s'exprime avec le plus de vigueur la tension entre les deux conceptions de l'objectivité. Elle concerne plus directement les défenseurs d'une ostéopathie exclusive, et transparaît principalement dans les relations entre les ostéopathes et les institutionnels (institution médicale et HAS en particulier), même s'il existe des interpénétrations à l'intérieur même des mondes ostéopathiques. Différentes controverses naissent de la question de savoir ce qui

⁹ Nous ne distinguons pas, ici, les formations destinées aux médecins, aux kinésithérapeutes ou aux bacheliers. Toutes semblent en effet présenter les caractéristiques que nous avançons.

a été évalué en ostéopathie, avec quel niveau de preuve et, surtout, avec quel niveau de preuve *comparativement* avec d'autres disciplines réputées pour en avoir de relativement bas (comme la kinésithérapie). Au-delà de celles-ci, deux positions prédominent concernant les modalités d'évaluation des actes, avec quelques interpénétrations. Les acteurs institutionnels souhaiteraient, conformément aux critères en vigueur de la modernité thérapeutique, que les ostéopathes mettent en place¹⁰ des évaluations destinées à tester, pour chaque pathologie, les techniques appropriées. Pour les ostéopathes, une évaluation en ces termes pose deux types de problèmes. Si la plupart s'accordent généralement à dire qu'une telle évaluation est possible et souhaitable pour certains actes, ils mettent par ailleurs en avant son caractère fastidieux, compte tenu de la spécificité même de la discipline et de ses indications. D'une part, ces dernières couvrent potentiellement l'ensemble du champ de la médecine, d'autre part – et cela comme en homéopathie ou en acupuncture – à un type de pathologie ne correspond pas un type d'intervention thérapeutique. Les ostéopathes insistent sur la dimension individuelle du phénomène pathologique (cf. partie 1.3.1.) qui implique une prise en compte de facteurs plus large, au risque de démultiplier indéfiniment les évaluations nécessaires. Le second problème que soulèvent les praticiens est de voir leur discipline évoluer vers des « recettes thérapeutiques », appauvrissant par là son essence même ainsi que sa notion de globalité. Les prises de position des ostéopathes exclusifs à propos des décrets d'application, proposant une formation en 2110 heures et la restriction de certains actes, s'inscrivent dans la même problématique. A l'inverse de ces procédures d'évaluation difficiles à mettre en œuvre, les praticiens travaillent à la mise en place d'autres moyens d'évaluation, et militent pour leur reconnaissance effective. Ces moyens tiennent davantage compte de la subjectivité du patient, et sont par ailleurs utilisés en médecine concernant notamment l'évaluation de la douleur, ou en psychologie, comme le souligne Martial Ronan dans l'extrait suivant, qui résume les différents points que nous venons de développer :

Il faut créer ces outils. On a des pistes, on a des tests spécifiques et la médecine dit « c'est pas fiable » et ça sera pas fiable en effet parce que ça correspond pas aux critères, il faut qu'on crée nos propres critères comme les psychologues ont créé des outils. Il y a 10 personnes qui vont voir un psychologue, il ne va pas dire la même chose au dix personnes, il y en a 8 qui vont se sentir mieux mais ils ont chacun leurs problèmes, le psychologue, il a des outils, des échelles, ils ont fait les leur (...) T'as une pâtissière, ta grand-mère... elle fera mieux la tarte pourquoi ? parce qu'elle aura le coup de main, elle sent mieux les choses, l'intuition... et puis le

¹⁰ L'évaluation des actes pose également des questions d'ordre pratique. Qui effectue et qui finance la recherche ? L'ostéopathie ne figurant pas dans le panel des disciplines universitaires, aucun moyen n'est alloué pour ces activités qui sont le plus souvent auto-organisées par les praticiens « avec des bouts de ficelles ».

métier, au bout de trente ans de main, je sais des choses que je ne savais pas il y a trente ans, mais ça... c'est pas froid quoi, voilà, et heureusement ! Il faut une médecine froide cartésienne, t'as vu comment ça se passe maintenant la médecine la plupart du temps ? c'est les analyses, c'est l'imagerie, c'est la technologie, tu vois plus le malade, et c'est effroyable, moi, j'ai un jeune radiologue, il y en a qui sont brillants, c'est des ingénieurs, c'est des physiologistes, c'est des médecins... ils sont brillants mais ils voient pas le malade, ils te disent oulà, oulà dans quinze jours il va avoir un début d'ostéoporose, là il y a un signe, c'est un cancer... c'est froid, c'est froid... !

Après ces quelques remarques qui en appèleront certainement de nouvelles, nous voudrions proposer trois nouvelles pistes de recherche, susceptibles d'être explorées pour prolonger ce travail sur l'ostéopathie. La première, directement en lien avec cette étude, consisterait à poursuivre la construction de l'espace des prises de positions autour de la reconnaissance de l'ostéopathie, en élargissant le champ d'investigations à un plus grand nombre d'acteurs, comme nous souhaitons le faire au départ. Il s'agirait alors de comprendre comment la discipline circule dans d'autres « mondes » et comment se construisent à cet égard les prises de position de leurs membres. Il serait possible à ce titre de s'intéresser aux positions des membres de l'administration¹¹ (gouvernement, institutions), des juristes, des assurances mais également des patients. Une seconde piste de recherche permettrait d'étudier, comparativement au travail présent, l'organisation concrète des réseaux thérapeutiques locaux¹² autour des ostéopathes de terrain et les effets éventuels du processus de reconnaissance à leur égard. Enfin, une dernière piste de recherche pourrait être de réaliser une étude à la fois historique et épistémologique sur l'évolution des concepts ostéopathiques en relation avec leurs systèmes de compréhension, ou « paradigmes », à l'image de l'ouvrage de Thomas Kuhn sur la structure des révolutions scientifiques¹³.

¹¹ Avec quelques années de recul, des documents ou des informations seront sans doute plus à même d'émerger rétrospectivement.

¹² Cf. Clémentine Raineau, « Choix thérapeutique dans les Combrailles auvergnates... » in : *Les médecines en parallèle, op. cit.*, pp.59-76.

¹³ Thomas Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, coll. « champs », 1983 (1962).

Bibliographie

Baszanger (I.), Bungener (M.), Paillet (A.) (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, coll. « Etat des lieux », 2002.

Becker (H.), *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 (1963).

Becker (H.), *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 1986.

Berger (P.), Luckmann (T.), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, coll. « Références », 1997.

Blondeau (C.), Sevin (J.-C.), « Entretien avec Luc Boltanski. Une sociologie toujours mise à l'épreuve », *ethnographiques.org*, Numéro 5 - avril 2004.

Boltanski (L.), « La dénonciation publique », in : *L'amour et la justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Métailié, 1990.

Boltanski (L.), Thévenot (L.), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, coll. « NRF essais », 1991.

Bouchayer (F.), « Les usagers des médecines alternatives. Itinéraires thérapeutiques, culturels, existentiels », *Revue française des affaires sociales*, n°40 (hors série), 1986.

Bourdieu (P.) (dir.), *Un art moyen. Essai sur les usages sociaux de la photographie*, Paris, Minuit, coll. « Le sens commun », 1965.

Bourdieu (P.), *Le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980.

Bourdieu (P.), Christin (R.), « La construction du marché. Le champ administratif et la production de la "Politique du logement" », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n°81-82, mars 1990.

Carrère d'Encausse (M.), Evrard (N.), *La médecine de demain. Du rêve à l'interdit*, Paris, Bourin, 1992.

Castoriadis (C.), *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, coll. « Points Essais », 1975.

Chateauraynaud (F.), « Les médecins et les techniques de soin non allopathiques. Modes d'installation et formes du capital thérapeutique », *Sciences sociales et santé*, n°3-4, vol.IV, 1986.

Chateauraynaud (F.), « La contrainte argumentative. Les formes de l'argumentation entre cadres délibératifs et puissances d'expression politiques », soumis pour publication à la *Revue Européenne des Sciences Sociales*, septembre 2005.

Clapier-Valladon (S.), *Panorama du culturalisme*, Paris, Epi, 1976.

Corcuff (P.), « Justification, stratégie et compassion. Apports de la sociologie des régimes d'action », *Correspondances. Bulletin d'information scientifique de l'institut de recherche sur le Maghreb contemporain*, Tunis, juin 1998.

Cornillot (P.), « La montée des médecines différentes », in : *La revue française des affaires sociales*, n° Hors-série « Médecines différentes », mai 1986.

De Fornel (M.), Ogien (A.), Quéré (L.) (dir.), *L'ethnométhodologie. Une sociologie radicale*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2001.

De Lara (P.), « L'anthropologie philosophique de Charles Taylor », Introduction à Taylor (C.), *La liberté des modernes*, Paris, PUF, 1997.

Deliège (R.), *Anthropologie sociale et culturelle*, Bruxelles, De Boeck, 1992.

Dodier (N.), « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, n°62, 1993.

Dodier (N.), *Leçons politiques de l'épidémie de Sida*, Paris, Editions de l'EHESS, coll. « Cas de figure », 2003.

Dodier (N.), « L'espace et le mouvement du sens critique », *Annales HSS*, n°1, janvier-février 2005.

Dodier (N.), « S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique de la délégation des soins », *Handicap*, Revue de Sciences humaines et sociales, n°104, 2005.

Dodier (N.), Rabeharisoa (V.), « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social », *Politix*, vol.19, n°73, 2006.

Dodier (N.), « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients » in : Tournay (V.), *Les nouvelles formes d'action publique en matière de santé*, Paris, PUF, 2007.

Foote Whyte (W.), *Street Corner Society. La structure sociale d'un quartier italo-américain*, Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 1996.

Freidson (E.), *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

Gomart Emilie, *Esquisse d'un modèle pour comprendre la consultation du médecin homéopathe. Articulation entre deux cadres allopathique et homéopathique*, Mémoire présenté pour le DEA de sociologie de l'EHESS, Paris, Septembre 1993.

Jaunait (A.), *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Paris, Dalloz, 2005.

Kaufmann (J.C.), *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 1996.

Thomas Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, coll. « champs », 1983 (1962).

Le Corré (F.), Toffaloni (S.), *L'ostéopathie*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », n°3139, 1996.

Léonard (J.), *La France médicale au XIXème siècle*, Paris, Gallimard, coll. « Archives », 1978.

Léonard (J.), *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier, coll. « Historique », 1981.

Macé (E.), *As seen on tv. Les imaginaires médiatiques. Une sociologie post-critique des médias*, Paris, Amsterdam, 2006.

Malicier (D.), *La responsabilité médicale. Données actuelles*, Paris, ESKA, 1999.

Mannheim (K.), *Idéologie et utopie*, Paris, Marcel Rivière, coll. « Petite bibliothèque sociologique internationale », 1956.

Morfaux (L.-M.), *Vocabulaire de la philosophie et des sciences sociales*, Paris, Armand Colin, 1980.

Robard (I.), *La santé assassinée*, Paris, Ancre, coll. « ana esculape », 1992.

Schmitz (O.) (dir.), *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris, Karthala, 2006.

Strauss (A.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992.

Von Glasersfeld (E.), « Introduction à un constructivisme radical », in : Watzlawick (P.), *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme. "Comment savons-nous ce que nous croyons savoir ?"*, Paris, Seuil, 1988.

Wunenburger (J.J.), *Imaginaires et rationalités des médecines alternatives*, Paris, Les belles lettres, coll. « Médecine & Sciences humaines », 2006.

Sigles et sites Internet consultés

Médecins ostéopathes

Structures de médecins ostéopathes :

AIDMO : Association Internationale pour le Développement de la Médecine Ostéopathique

EFO : Ecole Française d'Ostéopathie

FEMMO : Fédération Française et francophone des groupes d'enseignement de Médecine Manuelle-Ostéopathie www.femmo.fr

Ostéos de France (ou OdF) : Association Française des médecins Ostéopathes de France
www.osteos.net

SFO : Société Française d'Ostéopathie <http://sf.osteopathie.free.fr/>

SMMOF : Syndicat des Médecins Manuels Ostéopathes de France www.medecins-osteo.org

SNMO : Syndicat National des Médecins Ostéopathes www.syndicatdesosteopathes.org

SOFMMOO : Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique
www.sofmmoo.com

Structures médicales :

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins www.conseil-national.medecin.fr

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

MG France : Médecins Généralistes de France

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

Dispositifs :

EROP : European Register for Osteopathic Praticer (Référentiel européen de formation des praticiens ostéopathes médecins)

Syndicats de kinésithérapeutes :

FFMKR : Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs

www.ffmkr.org

SNMKR : Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs www.snmkr.fr

Ostéopathes exclusifs :

Organismes et associations ostéopathiques :

AFO : Association Française des Ostéopathes www.afosteo.org

AO : Académie d'Ostéopathie de France www.academie-osteopathie.org

AREDOE : Association pour la Recherche, l'Etude et le Développement de l'Ostéopathie en Europe

CadF : Collégiale académique de France www.cadf-osteoo.com
INFO : Institut National de Formation en Ostéopathie www.infosteoo.com
FEO (ou EFO) : Fédération Européenne d'Ostéopathie
FESO : Fédération européenne des syndicats et associations d'ostéopathes
ROF : Registre des Ostéopathes de France www.osteopathie.org
SFDO : Syndicat Français des Ostéopathes www.sfdo.info
SNESO : Syndicat National de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie
SNOF : Syndicat National des Ostéopathes de France www.snof.fr
Sup'Ostéo : Faculté Libre d'ostéopathie www.facosteoo.fr
UFOF : Union Fédérale des Ostéopathes de France www.osteofrance.com
UNEO : Union Nationale des Etudiants en Ostéopathie <http://uneo.free.fr>

Dispositifs :

CNA : Commission Nationale d'Accréditation
DO : Diplôme d'Ostéopathie
DOF : Diplôme d'Ostéopathie Français
FERO : Federal European Register of Osteopaths
RPO : Référentiel Profession Ostéopathe

Associations de patients :

ASO : Aujourd'hui Santé Ostéopathie <http://asosteopathie.com/ASO>
MILCT : Mouvement International pour le Libre Choix Thérapeutique

Institutions publiques :

DDASS : Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales
HAS : Haute Autorité en Santé www.has-sante.fr
OMS : Organisation Mondiale de la Santé www.who.int
WOHO : World Osteopathic Health Organisation www.woho.org

Autres :

AFC : Association Française de Chiropraxie www.chiropratique.org
DE : Diplôme d'Etat
DU : Diplôme d'Université
DIU : Diplôme Inter Universitaire

Autres sites Internet consultés :

Académie nationale de médecine : www.academie-medecine.fr
Site du journal officiel de la République française : www.legifrance.gouv.fr
Site de l'ostéopathie de Jean-Louis Boutin : www.osteopathie-france.net

Annexes

Sommaire des annexes :

Annexe 1 : Repères historiques	p.II
Annexe 2 : Présentation des praticiens interrogés	p.V
Annexe 3 : Article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	p.VII
Annexe 4 : Questions des parlementaires au sujet de l'ostéopathie. Extraits du Journal Officiel	p.VIII
Annexe 5 : Article paru dans le Sud Ouest, le 27 mars 1996	p.X
Annexe 6 : Article paru dans le Sud Ouest, le 14 septembre 2001	p.XI
Annexe 7 : Extrait de Kiné Actualité, n° 856 du 6 juin 2002.....	p.XII
Annexe 8 : Réaction de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO) à deux articles de <i>L'Impatient</i> et de <i>France soir</i> . Site Internet de l'AFO.....	p.XIV
Annexe 9 : Compte rendu de la réunion Ostéos de France ; SMMOF ; SNMO, le 27 décembre 2006	p.XV
Annexe 10 : Editorial du président d'Ostéos de France du 11 mai 2006. Site Internet d'OdF	p.XVI
Annexe 11 : Communiqués de l'Ordre des médecins et de l'Académie nationale de médecine.....	p.XVII
Annexe 12 : Communiqués des syndicats de médecins, SML et CSMF. Mars 2007. Source : Ordre des médecins	p.XIX
Annexe 13 : Extrait des <i>News</i> du site Internet de l'AFO.....	p.XX
Annexe 14 : Exemples de lettres de soutien aux ostéopathes exclusifs de la part de médecins et de patients.....	p.XXI
Annexe 15 : Extrait de <i>La Gazette de l'UFOF</i> n°3 de mars 2007 à propos de la participation de l'association au MEDEC, salon de la médecine générale	p.XXIV
Annexe 16 : Extraits d'un forum Internet.....	p.XXV

Annexe 1 :

Repères historiques :

<i>22 juin 1874 :</i>	Dénomination et formalisation du concept de l'ostéopathie , par Andrew Taylor Still (1828-1917), médecin et ingénieur, aux Etats-Unis.
<i>1892 :</i>	Fondation du premier collège d'ostéopathie aux USA : l'American School of Osteopathy, à Kirksville, par A.T. Still.
<i>1913 :</i>	Publication de l'ouvrage « Manuel d'Ostéopathie pratique », rédigé d'après les écrits de Still par les docteurs Moutin et Mann. L'ouvrage n'a que peu de retentissements.
<i>1917 :</i>	Fondation du premier collège d'ostéopathie en Angleterre : la British School of Osteopathy, à Londres, par le Docteur J. M. Littlejohn (ancien élève de A.T. Still).
<i>1919 :</i>	Le Docteur français Robert Lavezzari est initié par le Docteur Florence Gair, élève de Still. Introduction de la méthode à l'hôpital Pasteur, à Nice.
<i>1952 :</i>	Fondation de la Société Française d'Ostéopathie (SFO), par le Docteur Robert Lavezzari, première société savante française des médecins ostéopathes.
<i>1953 :</i>	Création du Syndicat National des Médecins Ostéothérapeutes Français, qui deviendra le Syndicat de Médecine Manuelle - Ostéopathie de France (SMMOF).
<i>1962 :</i>	Homogénéisation, aux Etats-Unis, des titres de MD (Medical doctor), et de DO (Doctor of osteopathy).
<i>6 janvier 1962 :</i>	Arrêté du ministre de la santé et article 372 Code de la Santé publique. Les actes d'ostéopathie, de chiropraxie , les diagnostics et les traitements conduisant à la pratique des manipulations vertébrales sont réservés aux titulaires du doctorat en médecine . L'ostéopathie et la chiropraxie ne sont ni une spécialité, ni une compétence.
<i>1963 :</i>	Premier enseignement hospitalier en manipulations vertébrales à destination des médecins, à l'hôpital Lariboisière, à Paris.
<i>1964 :</i>	Création de la Société Française de Médecine Manuelle, qui deviendra la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO).

1965 ¹ :	Ouverture de l'Ecole Française d'Ostéopathie (EFO), par Paul Gény, kinésithérapeute formé à la British School of Osteopathy. Il s'agit d'une école privée, dont l'enseignement est réservé aux médecins et aux kinésithérapeutes.
1972 :	Création du premier diplôme universitaire (DU) de médecine orthopédique , par le docteur Robert Maigne, à l'Hôtel-dieu, à Paris.
1973 :	Création de l'Association Française des Ostéopathes (AFDO), qui deviendra le Syndicat Français Des Ostéopathes (SFDO)
1976 :	Création de la Fédération Française des Ostéopathes (FFO), qui deviendra, en 1987, l'Union Fédérale des Ostéopathes de France (UFOF).
1981 :	Création du Registre des Ostéopathes de France (ROF).
1982 :	Création du Syndicat National des Médecins Ostéopathes (SNMO). Création d'un enseignement en ostéopathie réservé aux médecins, à la Faculté de médecine de Bobigny.
1985 :	Création de la Fédération d'Enseignement de Médecine Manuelle (FEMM), qui deviendra par la suite la FEMMO.
1987 :	Demande du ministre de la santé à l'Académie d'un avis sur l'ostéopathie, la chiropraxie, l'étiopathie.
1989 :	Création du Syndicat des Ostéopathes Kinésithérapeutes (SOK).
1991 :	Parution de l'ouvrage juridique <i>La santé hors la loi, les hors la loi de la santé</i> , de Isabelle Robard. Il servira de référence en droit comparé dans le cadre des travaux du député européen Paul Lannoye.
1993 :	L'Angleterre reconnaît l'ostéopathie comme une profession indépendante et spécifique.
1994 :	Premier projet de résolution du député européen Paul Lannoye sur le statut des médecines non conventionnelles (bloqué en 1995 par le Pr Léon Schwartzberg).
1996 :	Mise en place de DIU de médecine physique et de réadaptation dans 15 écoles de médecine.
1998 :	L'Académie nationale de médecine reconnaît les spécificités diagnostique et thérapeutique de l'exercice de la Médecine Manuelle – Ostéopathie.
1999 :	Loi belge adoptée sur le statut des médecines non

¹ Selon d'autres documents, l'Ecole Française d'Ostéopathie aurait été créée dès 1950.

	<p>conventionnelles. Création par B. Kouchner, ministre de la Santé, de la commission G. Nicolas, afin d'établir un rapport sur l'ostéopathie et la chiropraxie en France en préalable d'un projet de reconnaissance.</p> <p>Reconnaissance par l'Ordre des médecins des spécificités de l'exercice de la Médecine Manuelle-Ostéopathie.</p>
<u>4 mars 2002 :</u>	<u>Adoption de la loi n°2002-303</u> relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'article 75 reconnaît l'existence d'un statut spécifique d'ostéopathe et de chiropraticien selon des conditions à définir.
<i>6 août 2002 :</i>	Loi d'amnistie présidentielle sur l'exercice illégale de la médecine, pour les ostéopathes satisfaisant aux conditions d'exercice fixées par l'article 3 de la loi n°2002-303 (à définir).
<i>17 août 2004 :</i>	Les ostéopathes titulaires d'un diplôme de kinésithérapeute sont exonérés de TVA.
<i>19 décembre 2005 :</i>	Le Conseil d'Etat condamne sous astreinte le gouvernement pour le non respect des délais de publication des décrets de la loi n°2002-303 ; engage sa responsabilité pour les préjudices subis par les ostéopathes. Le recours est engagé par quatre associations d'ostéopathes exclusifs.
<i>9 mai 2006 :</i>	Le gouvernement rédige un premier projet de décrets.
<i>19 mai 2006 :</i>	Le Conseil d'Etat condamne le gouvernement à publier les décrets, dans un délai de six mois sous astreinte. Le recours est engagé par quatre associations d'ostéopathes (exclusifs).
<i>24 octobre 2006 :</i>	Le gouvernement rédige un second projet de décrets.
<i>26 Octobre 2006 :</i>	Le Conseil d'Etat juge le projet de décret non conforme. Engagement d'un second recours par quatre associations d'ostéopathes (exclusifs), soutenu par six autres associations.
<i>23 novembre 2006 :</i>	La Suisse réglemente la profession d'ostéopathe
<i>27 novembre 2006 :</i>	Mise en place d'un arbitrage interministériel pour la publication des décrets.

Annexe 2 :

Présentation des praticiens interrogés :

Note : Afin de respecter l'anonymat de ces personnes, leurs noms ont été changés (pseudonymes), et leur rôle précis au sein de leur organisation n'est pas divulgué. Les noms des organisations sont, eux, bien réels. La signification des différents sigles se trouve p.175.

(Par ordre d'apparition dans le texte)

Antoine Olivieri : est médecin de formation. Après un cursus en médecine du sport et rééducation fonctionnelle, il entreprend un DU de médecine manuelle - ostéopathie puis circule entre différents groupes de formation pour parfaire sa connaissance des différentes composantes de la discipline. Une cinquantaine d'années aujourd'hui, il exerce l'ostéopathie à temps complet depuis une quinzaine d'années. Son cabinet se situe dans un quartier chic de Paris, dans un bel et vieil immeuble. Il occupe des responsabilités à l'association Ostéos de France et participe aux activités de l'AIDMO.

Pierre Cohen : est médecin généraliste de formation. Passé par l'homéopathie et l'acupuncture, il découvre l'ostéopathie par un groupe de formation. Il passe ensuite un DU de médecine manuelle - ostéopathie puis participe à différents groupes de formation. Ostéopathe à temps complet depuis un ou deux ans, il exerce dans une petite ville d'Ile de France. Il a une cinquantaine d'années. Il est membre du bureau de la FEMMO ainsi que de l'AIDMO.

Martial Ronan : est kinésithérapeute de formation. Formé en ostéopathie à la fin des années 1970, il ouvre une école dans une petite ville de province au milieu des années 1980. Il occupe au sein de celle-ci les fonctions de directeur et d'enseignant. Il est également membre du SNMKR et représentant à l'Ordre des kinésithérapeutes. Il a environ soixante ans.

Gilles Oxley : est médecin de formation. Après une formation en médecine du sport, il passe un DU de médecine manuelle - ostéopathie puis fréquente différents groupes de formation. Il exerce dans une grande ville du sud de la France. Une cinquantaine d'années, il occupe des responsabilités au sein du SMMOF.

Xavier Perrone : est kinésithérapeute de formation, environ quarante-cinq ans. A la fin des années 1980, il suit une formation en alternance en cinq ans puis s'installe en ostéopathie à temps complet dans une grande ville du sud de la France. Il est l'un des responsables du SNOF.

Olivier Serrail : est ostéopathe de formation initiale. Après un baccalauréat scientifique, il intègre un établissement d'enseignement privé à plein temps. Installé dans une grande ville du sud-est de la France, il a une trentaine d'années. Il est responsable syndical au sein du SFDO.

Francis Rougon-Macquart : est ostéopathe de formation initiale. Suite à un parcours aux Beaux-Arts et dans le monde de la décoration, il change de voie pour se consacrer à l'ostéopathie. Il suit un cursus de six années dans une école à plein temps. Exerçant à Paris, il a aujourd'hui une quarantaine d'années et occupe des responsabilités au sein de l'Académie d'ostéopathie de France.

Gérard Lambrot : est chiropraticien de formation initiale. Après deux années de prépa maths sup/maths spé et une année de physique, il part suivre des études de chiropraxie au Canada au milieu des années 1970. Il exerce en centre-ville d'une ville moyenne du sud-est de la France. Il a une cinquantaine d'années.

Patrick Vian : est kinésithérapeute de formation. Après quelques années d'exercice, il entreprend une formation en alternance puis s'installe à temps plein en ostéopathie dans une grande ville de l'est de la France. Il occupe des responsabilités syndicales à l'UFOF ainsi qu'à la FEO.

Alexandre Pérez : est kinésithérapeute de formation. Il entreprend par la suite une formation en alternance en ostéopathie et en sophrologie. Il exerce dans une ville des Alpes. Membre de l'AFO, il a aujourd'hui une quarantaine d'années.

Pascal Gervex : est médecin de formation. Il a suivi plusieurs formations en ostéopathie dont un DU. Il exerce aujourd'hui dans un quartier chic de Paris et coordonne les activités du SNMO dont il est l'un des membres fondateurs. Il a une cinquantaine d'années.

Jean-Marie Fongié : est kinésithérapeute de formation. A la suite de ses études, il intègre une formation en alternance en ostéopathie dans les années 1970. Il participe aux activités de l'UFOF, puis de la Collégiale académique en tant que directeur d'établissement. Il a une petite soixantaine d'années.

Xavier Lombart : est médecin généraliste, une cinquantaine d'années. Il exerce dans une banlieue aisée d'une ville du sud-est, pratique de manière complémentaire l'homéopathie et l'acupuncture. Il est représentant d'un Conseil Régional de l'Ordre des médecins.

Baptiste Martinon : est kinésithérapeute de formation. Aussitôt après ses études de kiné, il intègre une formation en alternance pour devenir ostéopathe. Il exerce chacune des deux disciplines, parfois de manière séparée, parfois de manière complémentaire. Il dirige également un petit centre de formation et occupe des responsabilités syndicales au sein de la FFMKR.

Edouard Monneret : est médecin rhumatologue. Agé de soixante-dix ans environ, il est membre de l'Académie Nationale de médecine. Il est co-auteur d'un rapport de l'Académie sur l'ostéopathie et la chiropraxie, paru en janvier 2006.

Annexe 3 :

Article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002
J.O. Numéro 54 du 5 Mars 2002 page 4118

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

(.../...)

Article 75

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

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

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

Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa.

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

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

(.../...)

Fait à Paris, le 4 mars 2002.

Par le Président de la République, Jacques Chirac

Le Premier ministre, Lionel Jospin

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Laurent Fabius

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice, Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur, Daniel Vaillant

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer, Christian Paul

Annexe 4 :

Questions des parlementaires au sujet de l'ostéopathie. Extraits du Journal Officiel².

- **Question n° : 83266 de M. Nesme Jean-Marc (UMP - Saône-et-Loire) publiée au JO le 17/01/2006 page 465**

M. Jean-Marc Nesme appelle l'attention de M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sur le problème de la reconnaissance officielle de l'usage professionnel du titre d'ostéopathe défini par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades, dont les décrets d'application ne sont toujours pas publiés. Il souhaite connaître ses intentions sur ce sujet.

Réponse publiée au JO le 28/02/2006 page 2214

L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a reconnu le titre d'ostéopathe. La responsabilité de la définition des conditions de formation des ostéopathes et de leurs conditions d'exercice a été confiée à la haute autorité de santé, installée depuis le 22 décembre 2004, dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Conformément aux engagements du Gouvernement, un groupe de travail chargé de la rédaction du décret d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 a été mis en place sous la direction du doyen Bertrand Ludes. Ce groupe est chargé de définir le cahier des charges pédagogique permettant l'élaboration d'un projet de décret qui sera largement concerté avec l'ensemble des professionnels concernés, les kinésithérapeutes, les médecins et les ostéopathes exclusifs.

- **Question n° 83134 de M. Dumont Jean-Louis (Socialiste - Meuse) publiée au JO le 17/01/2006 page 449**

M. Jean-Louis Dumont attire l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur les demandes formulées par les organisations représentantes des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, suite à la promulgation de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui reconnaît officiellement la profession d'ostéopathe. En effet, depuis trois ans et demi, les kinésithérapeutes ostéopathes sont dans l'attente des textes réglementaires précisant les points relatifs aux conditions de formalités et d'exercice de leur profession. Dans ce cadre, les organisations représentantes des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs souhaitent pour les ostéopathes une formation de niveau de type master et un recrutement ouvert uniquement aux premiers cycles médicaux et paramédicaux. Elles souhaitent que l'ostéopathe médical ou paramédical communique l'objet de son intervention au médecin traitant. Elles souhaitent que les prestations ostéopathiques ne soient pas prises en charge par les caisses d'assurance maladie et que le débat ait ensuite lieu avec les complémentaires santé. Elles demandent l'inscription au livre III du code de la santé publique de l'acte ostéopathique, acte thérapeutique et/ou préventif. Enfin, elles désirent que les ostéopathes soient reconnus dans leur exercice sous conditions d'une évaluation de leurs connaissances et de leurs compétences par les institutions de tutelle. En conséquence, il lui demande s'il entend répondre favorablement à ces demandes.

Réponse publiée au JO le 28/02/2006 page 2214

L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a reconnu le titre d'ostéopathe. La responsabilité de la définition des conditions de formation des ostéopathes et de leurs conditions d'exercice a été confiée à la haute autorité de santé, installée depuis le 22 décembre 2004, dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Conformément aux engagements du Gouvernement, un groupe de travail chargé de la rédaction du décret d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 a été mis en place sous la direction du doyen Bertrand Ludes. Ce groupe est chargé de définir le cahier des charges pédagogique permettant l'élaboration d'un projet de décret qui sera largement concerté avec l'ensemble des professionnels concernés, les kinésithérapeutes, les médecins et les ostéopathes exclusifs.

- **Question n° 83068 de M. Merville Denis (UMP- Seine-Maritime) publiée au JO le 17/01/2006 page 449**

M. Denis Merville appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur l'encadrement juridique de l'ostéopathie et de la chiropractie. Ces deux disciplines sont pratiquées depuis plus de quarante ans par de nombreux professionnels, qui exerçaient leurs compétences en dehors de toute réglementation avant la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Si ce texte, qui reconnaît officiellement ces deux professions, constitue une avancée indéniable, son application ne permet toutefois pas de garantir les droits du

² Les soulignements dans le texte sont effectués par nos soins.

patient et la sécurité sanitaire. En effet, la loi avait laissé au pouvoir réglementaire le soin de préciser les conditions de formation des professionnels, et leurs conditions d'exercice. Or il apparaît aujourd'hui que ces décrets d'application n'ont toujours pas été publiés au Journal officiel. Un véritable vide juridique existe donc et certains professionnels peu scrupuleux profitent de cette lacune réglementaire pour poursuivre des pratiques peu déontologiques, portant atteinte au crédit de l'ostéopathie et de la chiropractie. Les associations représentatives de ces professions se sont émues de cette situation et dénoncent la multiplication des comportements anarchiques. Afin de garantir les droits et la sécurité des patients, ainsi que l'avenir de l'ostéopathie et de la chiropractie, les décrets d'application de la loi du 4 mars 2002 doivent être pris dans les meilleurs délais. En conséquence, il lui demande quelles mesures concrètes entend prendre le Gouvernement pour permettre l'application des principes de la loi précitée.

Réponse publiée au JO le 28/02/2006 page 2214

L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a reconnu le titre d'ostéopathe. La responsabilité de la définition des conditions de formation des ostéopathes et de leurs conditions d'exercice a été confiée à la haute autorité de santé, installée depuis le 22 décembre 2004, dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Conformément aux engagements du Gouvernement, un groupe de travail chargé de la rédaction du décret d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 a été mis en place sous la direction du doyen Bertrand Ludes. Ce groupe est chargé de définir le cahier des charges pédagogique permettant l'élaboration d'un projet de décret qui sera largement concerté avec l'ensemble des professionnels concernés, les kinésithérapeutes, les médecins et les ostéopathes exclusifs.

• Question n° 103260 de M. Decool Jean-Pierre (UMP - Nord) publiée au JO le 05/09/2006 page 9290

M. Jean-Pierre Decool attire l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur les conséquences d'un projet de décret d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 concernant la pratique de l'ostéopathie et de la chiropractie par des non-médecins. En effet, ce projet autorisera l'utilisation des titres d'« ostéopathe » et de « chiropracteur » par des personnes non titulaires d'un doctorat de médecine. Or, permettre l'accès direct du patient à des formes de pratiques ostéopathiques ou chiropractiques exercées par des non-médecins constitue une régression manifeste de l'exercice de la médecine, qui exige de traiter chaque patient selon des critères scientifiques et des compétences reconnues légalement. De plus, ce projet de décret conduira à créer une profession à caractère médical, en dehors de toute tutelle médicale sérieuse. Enfin, on ne peut ignorer les nombreuses plaintes déposées ces dernières années à l'encontre de praticiens peu scrupuleux, voire affiliés à des mouvements sectaires, arguant d'un titre médical usurpé afin d'abuser des personnes fragilisées moralement et physiquement par des symptômes parfois très graves. Il lui demande en conséquence de lui préciser les modalités d'une abrogation de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

Réponse publiée au JO le 10/10/2006 page 10698

L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pose le principe de la reconnaissance de l'usage professionnel du titre d'ostéopathe et de chiropracteur. La loi prévoit que des textes d'application soient élaborés sur la formation, les actes et les conditions de régularisation des professionnels actuellement en service. Conformément aux engagements du Gouvernement, un groupe de travail chargé de la rédaction du décret portant sur la formation a été mis en place, sous la direction du doyen Bertrand Ludes. Son objectif est, dans un premier temps, de définir le cahier des charges pédagogique permettant l'élaboration du projet, qui sera largement concerté avec l'ensemble des professionnels concernés. Par ailleurs, un projet de décret portant sur les conditions d'exercice a été présenté aux professionnels, en vue de recevoir leurs contributions. La rédaction des textes d'application de l'article 75 de la loi susvisée, en collaboration avec les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes et les ostéopathes exclusifs, est guidée par le souci de garantir une sécurité des soins aux patients. Elle se poursuit afin d'aboutir à leur publication dans les meilleurs délais.

Annexe 5 :

Article paru dans le Sud Ouest, le 27 mars 1996.

Le procès des ostéopathes

COUR D'APPEL

Trois ostéopathes bordelais, relaxés l'an dernier par le tribunal, étaient rejugés hier devant la cour d'appel ou les médecins demandent leur condamnation

Il y a tout juste un an, le tribunal correctionnel de Bordeaux présidé par M. Montamat avait relaxé ces trois ostéopathes bordelais, estimant qu'ils ne pratiquaient pas un acte médical. "Ils n'ont jamais employé de pratiques professionnelles brutales ou brusques mais ont toujours procédé par une approche corporelle douce ou l'exercice de leur art s'exprimait essentiellement par un toucher délicat des différents tissus du corps humain, répondant ainsi à la conception de l'ostéopathie qui, tout en étant d'abord une science, est aussi une philosophie qui considère l'homme dans sa globalité", expliquaient même les magistrats bordelais dans leur jugement qui de l'avis même de leur avocat a "consterné" les deux syndicats de médecins, à l'origine des poursuites.

"EN DOUCEUR"

Le Syndicat national des médecins ostéothérapeutes et le Syndicat national des médecins spécialisés en rééducation et réadaptation fonctionnelle ont aussitôt fait appel du jugement et les trois ostéopathes, Bruno Ducoux, Claude Lançon et Manuela Rangeard étaient rejugés hier devant la cour d'appel présidée par M. Castagnède.

Bruno Ducoux a répété devant des magistrats, apparemment plus sceptiques, que "l'ostéopathie est une approche globale de la personne" et que "l'ostéopathe ne cherche ni à poser un diagnostic ni à établir un traitement" : "Nous cherchons avec nos mains à amener le corps à se réguler lui-même. Nous aidons en douceur les tissus à se développer."

Il a également dénoncé l'attitude des médecins qu'il a lui-même formés à l'ostéopathie à l'université de Bobigny et qui aujourd'hui le poursuivent en justice.

"L'ostéopathie est reconnue en France comme une discipline de médecine manuelle, enseignée en faculté et pratiquée par des médecins ostéopathes", a répliqué l'avocat des deux syndicats qui a demandé la condamnation des trois ostéopathes bordelais : "C'est une question de principe de conforter les médecins dans leur technique médicale et ne pas laisser exercer des gens sans formation sérieuse."

AMENDE REQUISE

L'avocat général M. Dauffy a largement abondé dans le sens des médecins, tout en prenant soin de préciser qu'il ne s'agissait pas du procès de l'ostéopathie mais de "personnes qui la pratiquent sans avoir un minimum de connaissances, c'est-à-dire le diplôme de docteur en médecine".

Il a requis 30 000 F d'amende à l'encontre des trois prévenus pour lesquels Mes Sussa, Daniel Lasserre, Durand et Lang ont naturellement plaidé la relaxe pure et simple, dans les termes retenus par le tribunal : l'absence de preuves, l'absence de définition juridique et l'absence de nomenclature.

Aujourd'hui, si Bruno Ducoux et Manuela Rangeard sont toujours associés et indiquent toujours qu'ils sont ostéopathes de profession, Claude Lançon les a quittés pour revenir à son premier métier, masseur-kinésithérapeute : "Je n'ai pas été convaincu, j'ai préféré revenir à quelque chose de plus simple."

La cour d'appel rendra sa décision le 21 mai.

Annexe 6 :

Article paru dans le Sud Ouest, le 14 septembre 2001.

L'ostéopathie à la barre

TRIBUNAL CORRECTIONNEL

Le procès qui s'est déroulé hier après-midi au tribunal correctionnel d'Auch a été celui de l'ostéopathie, ou plus exactement celui de sa non-reconnaissance par la médecine officielle.

A la barre Eric Bourdon. Cet homme de 35 ans comparaisait pour exercice illégal de la médecine à Lectoure, de 1999 à fin janvier 2001, à la suite d'une plainte déposée par le conseil de l'ordre des médecins du Gers... curieusement absent à l'audience. Le président Jean-Michel Dureysseix a rappelé qu'en France il était illégal de pratiquer l'ostéopathie sans être titulaire d'un diplôme de docteur en médecine.

Eric Bourdon, qui exerçait au vu et au su de tous - il cotise à l'URSSAF et paie des impôts -, a admis les faits avant d'expliquer son parcours et sa pratique avec une compétence que lui a reconnu implicitement le président. Pendant deux ans, il a travaillé en tant que kinésithérapeute stagiaire au sein de l'établissement thermal de Lectoure. Il a ensuite suivi pendant cinq années une formation à plein temps dans un organisme privé du Sud-Est de la France dont il est sorti avec le titre de médecin ostéopathe. "Je n'établis pas de diagnostic et je ne prescris pas de médicaments, a souligné le prévenu. J'effectue des manipulations douces, indolores et très précises, qui garantissent l'innocuité du geste thérapeutique." Sa clientèle est composée de personnes souffrant de douleurs au niveau des articulations que les anti-inflammatoires ne parviennent plus à soulager. Elles lui sont parfois adressées par des médecins... patentés. Toujours est-il qu'aucune n'a eu à se plaindre officiellement d'être passée entre les mains de l'ostéopathe lectourois.

UN PROBLEME SOCIAL

"On ne vous reproche pas d'être un rebouteux mais votre diplôme ne figure pas dans le Code de la santé publique et nous devons appliquer la loi", a affirmé le substitut Claude Derens qui a réclamé 50 000 francs d'amende dont la moitié assortie du sursis.

"Il s'agit là d'un véritable problème social, a lancé tout d'abord Me Alain Jakubowicz, du barreau de Lyon, puisque de dix à douze millions de patients fréquentent les cabinets d'ostéopathe. Sont-ce tous des imbéciles ?" L'homme de loi a souligné ensuite que l'ostéopathie est reconnue comme "une science indépendante au côté de la médecine" dans plusieurs pays européens, l'Angleterre, les pays scandinaves, la Belgique,... et a annoncé qu'il avait saisi la Cour européenne des droits de l'homme.

Plus généralement, l'avocat a dénoncé "la vaste hypocrisie qui règne à tous les niveaux de l'état" à ce sujet. "La spécialité d'ostéopathe n'existe pas dans les facultés de médecine mais pour autant des professeurs d'université dispensent une formation dans ce domaine aux futurs médecins car on a besoin des ostéopathes." Et de citer des témoignages de sportifs de haut niveau, garde des sceaux et parents d'enfants trisomiques, autistes ou encore psychotiques auxquels l'ostéopathie ferait "le plus grand bien".

Puis de stigmatiser l'attitude des politiques trop frileux devant les lobbies pharmaceutiques sachant toutefois que Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, constatant la fréquentation croissante des cabinets d'ostéopathes, demande que les thérapeutes soient de véritables professionnels. Il est vrai que des charlatans existent aussi dans ce secteur d'activité.

"Les choses sont en train de bouger mais le législateur ne se saisira du problème que sous la pression de l'opinion publique", a assuré l'avocat en énumérant une liste de procès intentés à des ostéopathes qui ont bénéficié de la relaxe depuis le début des années 90. C'est donc tout naturellement qu'il a plaidé la relaxe pour son client. Le jugement a été mis en délibéré au 22 novembre prochain.

Annexe 7 :

Extrait de Kiné Actualité, n° 856 du 6 juin 2002.

RECONNAISSANCE DE L'OSTÉOPATHIE : Les MKR du Rhône font des propositions

Le Conseil d'administration du syndicat FFMKR des masseurs-kinésithérapeutes du Rhône a émis un avis concernant la reconnaissance de l'ostéopathie décidée par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Nous publions ce texte rédigé par trois des membres de ce CA. Il s'agit d'un point de vue et, bien évidemment, le débat reste ouvert.

Le décret régissant l'ostéopathie tant au niveau de ses compétences et du diplôme à obtenir reste à venir. À l'heure actuelle se sont les kinésithérapeutes qui pratiquent l'ostéopathie en majorité.

Il est donc urgent que la profession de kinésithérapeute se mobilise pour défendre

- une équivalence raisonnable pour l'obtention du diplôme ;
- le droit d'exercer les deux professions.

Nous, kinésithérapeutes de formation, nous sommes dans la généralisation du PCEM avant trois années professionnelles.

Pour l'obtention du diplôme de masseur-kinésithérapeute, nous devons

- suivre 510 à 600 heures de cours en PCEM ;
- passer un concours d'entrée (avec numerus clausus) ;
- et suivre 3230 heures minimum de cours durant les trois ans et un mémoire équivalent à 300 heures.

Soit un total de 4040 heures à 4130 heures de formation (décret du 05/09/89).

Si nous prenons les règles du ROF (Registre des ostéopathes de France), les Instituts de formation en ostéopathie doivent produire un cursus de 4500 heures et un mémoire pour l'obtention du diplôme d'ostéopathie.

Il semble donc normal qu'un kinésithérapeute DE pour l'obtention d'un diplôme d'ostéopathie réalise un cursus post-universitaire d'environ 400 à 500 heures et un mémoire. Cette position n'est pas du tout celle du ROF qui préconise un diplôme paramédical plus 1500 heures et un mémoire ce qui équivaut pour un kinésithérapeute-ostéopathe à une formation de plus de 5580 heures + mémoire. Il réalise donc plus de 1000 heures qu'un ostéopathe (temps plein après le bac sans numerus clausus). Est-il nécessaire de refaire de l'histologie à 180 euros la journée ? Quand au COF (Collège ostéopathique de France) il propose aux kinésithérapeutes diplômés d'État de rentrer en 4^{ème} année temps plein (ce qui est scandaleux).

Enfin, les centres de formation continue pour kinésithérapeutes ont des programmes de 700 à 800 heures de formation (recettes budgétaires obligent).

Il faut reconnaître la spécificité du kinésithérapeute pour l'ostéopathie et donc il faut faire reconnaître une équivalence spécifique et non pas une équivalence à partir des professions paramédicales. Nous sommes les seuls pour l'instant à passer en PCEM, et nous ne pouvons pas comparer un psychomotricien, un orthophoniste qui n'ont pas les bases des mobilisations tissulaires, ostéo-articulaires pour bien aborder la discipline de l'ostéopathie.

Il semble donc raisonnable de proposer une équivalence de 500 heures + mémoire à un kinésithérapeute DE. Cette formation post-universitaire permettra de former des ostéopathes d'excellente qualité.

Nous devons défendre notre double compétence de kinésithérapeute et d'ostéopathe. Pourquoi?

Notre formation complète passant un concours d'entrée avec numerus clausus puis une formation professionnelle validante d'ostéopathe est un gage de sérieux pour les patients (c'est donc une formation minimum de 4 ans à temps plein puis 3 à 4 ans à temps partiel). C'est donc un ostéopathe aguerris (minimum 25 ans et sans échec) qui posera sa plaque. Contrairement aux ostéopathes temps plein qui seront bientôt plus nombreux que les

kinésithérapeutes, ils n'ont pas de quotas et les établissements remplissent les promotions pour améliorer leurs finances.

Cette position n'est pas celle du ROF et du SNKO (Syndicat national des kinésithérapeutes ostéopathes) devenu le SNO (Syndicat national des ostéopathes).

En effet, pour ces deux structures, l'ostéopathe doit abandonner son diplôme de kinésithérapeute ou de médecin pour revendiquer le titre d'ostéopathe.

Doit-on renier sa formation professionnelle pour être ostéopathe ? Se faire rayer des listes préfectorales parce qu'on a eu le malheur de passer à la Faculté ou dans un Institut de kinésithérapie. Nous avons cette double compétence, soyons-en fiers mais par contre il faut séparer les deux exercices car l'un est remboursable par la Sécurité sociale et l'autre est non remboursable. Nous devons donc proposer un article imposant aux professionnels de santé un lieu d'exercice séparé.

La profession doit se mobiliser car le ROF, le SNO ont déjà proposé à l'actuel Gouvernement des décrets tout rédigés et les divulguent dans la presse écrite (article de «Parents» avril 2002, etc.).

Pascal Pommerol
formateur en kinésithérapie et ostéopathie
Vincent Jacquemin
Christian Guichardon

Annexe 8 :

Réaction de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO) à un article du magazine *L'Impatient*. Site Internet de l'AFO.

Alternative Santé L'Impatient (février 2003)... Quel charabia ! Sourions pour ne pas grimacer.

Notre adresse est accolée à ce laïus et nous voudrions signaler que nous sommes à cent lieues de l'ostéopathie et du modèle Biomécanique que nous défendons.

Ce modèle dont une des caractéristiques est d'être compréhensible et intelligible par toutes les disciplines, aussi diverses soient-elles, rend ridicule et grave le jargon employé par l'Impatient pour définir une discipline proche de l'ostéopathie.

Comment garder notre sérieux, et comment le faire admettre, avec une telle terminologie : « *que le virus s'en aille* », « *micro déplacements* », « *remise en place* », « *massage...* », « *craquement signe de déblocage des contractures musculaires...* » etc...

Nous sommes aux antipodes de l'ostéopathie, de la biomécanique et de la synthèse des protéoglycanes.

Soyons sérieux et vigilants, si nous voulons que la chaîne d'Union ostéopathique ne soit pas une tour de Babel.

Choisissons nos lectures.

Réaction de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO) à un article paru dans *France Soir* sur l'ostéopathie. Site Internet de l'AFO. Le 4 janvier 2006.

C'est au tour de France-Soir maintenant !

L'AFO tient à préciser qu'elle se démarque totalement de ce genre d'article qui ne correspond à aucun moment à l'ostéopathie qu'elle défend. Les ostéopathes exclusifs, professionnels de premier recours, ne peuvent être confondus avec des professionnels qui, au cours de leur exercice, pratiquent en complément quelques actes manipulatifs.

L'ostéopathie est une profession de première intention, autonome des autres professions de santé avec lesquelles elle correspond.

L'ostéopathie est à vocation curative, complémentaire ou palliative selon les cas, et elle est exclusivement manuelle !

C'est cette spécificité et cette pratique totalement exclusive qui la place au premier rang de la sécurité pour les patients.

Quant à la TVA, l'AFO est en contact permanent avec l'Administration pour que l'ensemble des ostéopathes exclusifs soient exonérés de cette taxe, et déplore l'amalgame fait, à propos de cette taxe, entre les ostéopathes diplômés, inscrits et déclarés en tant que tels et d'autres professionnels.

Annexe 9 :

Compte rendu de la réunion Ostéos de France ; SMMOF ; SNMO, le 27 décembre 2006.

Lieu : Cabinet du Docteur LEYMARIE à Paris

Présents : Docteur Jean-Louis MATHIEU (SMMOF), Docteur Christian CALDAGUES (SFO - SMMOF), Docteur Dominique LEYMARIE (SNMO), Docteur Jean-Claude DOUKHAN (SNMO), Docteur Marc BAILLARGEAT (OdF), Docteur Bruno BUREL (OdF).

Sur l'initiative du Dr Leymarie (SNMO), les trois organisations professionnelles de médecins ostéopathes, avec la présence de la Société Française d'Ostéopathie, se sont rencontrées le mercredi 27 décembre 2006 afin de tenter de définir des axes communs de réaction à la prochaine sortie des décrets et arrêtés sur l'organisation de la profession d'ostéopathe.

1 – Dans l'urgence et suite à la rencontre du Docteur Christian JEAMBRUN – Président de l'AIDMO et du Docteur Marc BAILLARGEAT – Secrétaire Général d'Ostéos de France avec le professeur Francis BRUNELLE au Ministère de la Santé le vendredi 22 décembre 2006, conformément à ce qui a été convenu avec C.JEAMBRUN et M.BAILLARGEAT, un courrier a été rédigé immédiatement et adressé le jour même (27 décembre) à Monsieur le Premier Ministre, cosigné des Présidents des trois organisations professionnelles. Ce courrier avait pour but d'une part de marquer l'opposition des signataires au contenu des décrets, d'autre part de faire préciser deux éléments importants pour la future formation des médecins ostéopathes si les projets de décrets remis par le Pr BRUNELLE le 22 décembre venaient à paraître.

Les signataires demandent que les DIU et DU de Médecine Manuelle – Ostéopathie réservés aux médecins conservent leur forme, leur contenu et leur durée actuelle et d'autre part que les universités aient un an pour remettre leur dossier d'agrément au ministère (dans le projet de décret il est écrit « avant le 1er mars 2007 » date irréalisable pour une administration telle qu'un UFR de Médecine, qui doit faire viser son dossier par l'université).

2 – Une mise en commun de nos organisations (sous la forme d'une association ou d'une fédération) est proposée afin de pouvoir mettre en place un certain nombre d'actions de façon unie et donc plus efficace.

Les bureaux des différentes organisations devront confirmer très rapidement cette décision.

Les actions à court terme :

- intervention rapide auprès de la commission des affaires sociales du Conseil d'Etat, qui a en main les décrets et doit rendre son avis dans les deux mois, afin de défendre les positions des médecins ostéopathes,
- même type d'intervention auprès de la Haute Autorité de Santé, pour les mêmes motifs.

Les actions à moyen terme :

- Consultations auprès d'un expert juridique et/ou d'un avocat au Conseil d'Etat, une fois les décrets parus, afin d'envisager une action éventuelle en recours à ce même Conseil,

Dans un deuxième temps, il est prévu :

- de mettre en place une campagne d'informations auprès du grand public pour faire connaître dans les médias les spécificités du médecin ostéopathe et le gage de sécurité que sa consultation présente,
- de réaliser des affiches et documents pour les salles d'attente de médecins ostéopathes expliquant la loi et informant objectivement sur les prérogatives des médecins ostéopathes,
- d'informer les confrères et professionnels de santé de leurs responsabilités en cas d'envoi de leurs patients à un ostéopathe non médecin.

Pour rendre effective ces actions et cette organisation commune, des moyens financiers seront nécessaires.

Ainsi un appel de fonds spécial cosigné des trois organisations pourrait être envoyé par chacune des structures à leurs propres adhérents à l'occasion de l'appel de cotisation annuel 2007 d'adhésion.

Fait le 28 décembre 2006

Docteur BUREL

Docteur MATHIEU

Docteur LEYMARIE

Annexe 10 :

Editorial du président d'Ostéos de France du 11 mai 2006. Site Internet d'OdF.

Vers une concertation avant les décrets 2

Chers Amis,

A notre demande, les Docteurs Cabrera et Jeambrun, président et vice-président du SML, ont rencontré longuement ce jour le professeur Brunelle, conseiller ministériel chargé de la rédaction des décrets de l'article 75 de la loi du 4 Mars 2002.

Ils ont obtenu qu'une large concertation soit entreprise avant leur publication. Ils ont réaffirmé la détermination des médecins ostéopathes à être une profession autonome, à garder leur statut légal actuel et à rester les garants de la sécurité des patients dans leur accès à une médecine ostéopathique de qualité.

Ostéos de France va poursuivre et amplifier sa concertation avec l'ensemble des médecins ostéopathes, leurs représentants syndicaux, leurs organismes de formation et de tutelle et l'ensemble de la profession médicale pour assurer à notre profession de médecin ostéopathe la plus haute place qui lui revient dans le processus de légalisation des médecines manuelles. Ainsi, Ostéos de France continuera à défendre le point de vue des médecins ostéopathes lors des prochaines réunions ministérielles.

Ostéos de France remercie le Syndicat des Médecins Libéraux pour l'aide décisive qu'il vient d'apporter ainsi à l'avenir de la communauté des médecins ostéopathes.

Annexe 11 :

Communiqués de l'Ordre des médecins et de l'Académie nationale de médecine.

A propos du projet de décret visant à réglementer la pratique de l'ostéopathie. 5 décembre 2006

L'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins déplorent que trois ans de concertation débouchent sur une décision qui risque d'exclure les médecins et les professionnels de santé de tout contrôle sur la pratique de l'ostéopathie dans notre pays.

L'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins attirent l'attention sur les risques prévisibles de la pratique d'une activité à caractère médical et sanitaire sans la formation adéquate ni les précautions de rigueur chez les professionnels de santé.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle que sous réserve d'exceptions rares et encadrées, seules les professions médicales sont légalement autorisées à poser un diagnostic. (art 4321-2 al 3 du CSP). Il précise que le titre d'ostéopathe est dénué de signification officielle, ce qui crée pour les patients une confusion fâcheuse entre un titre et une profession.

L'Académie nationale de médecine refuse d'admettre que, sous prétexte de l'appellation « ostéopathie fonctionnelle » on puisse dédouaner cette pratique de tout recours aux examens médicaux et autres précautions indispensables dès qu'un patient se plaint de troubles, même « fonctionnels ». Au contraire, plus un trouble est fonctionnel, plus il exige un acte diagnostique difficile et lourd de conséquences qui exige une bonne formation médicale et une bonne expérience de la pathologie générale.

En conséquence, l'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins demandent instamment, au nom de la santé publique, que les ostéopathes non médecins et non kinésithérapeutes ne soient pas assimilés à des professionnels de santé.

Les médecins ostéopathes vont-ils être exclus de l'ostéopathie ? Quelle garantie l'ostéopathie pourra-elle assurer dans ces conditions aux patients ? 8 janvier 2007

L'Académie de Médecine et le CNOM ont pris connaissance avec surprise et inquiétude des deux projets de décret relatifs aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie et à la formation des ostéopathes. Ces deux projets diffèrent très sensiblement des propositions initialement discutées.

Ils constatent qu'à vouloir regrouper sous un même titre d'ostéopathe les personnes qui effectuent des manipulations corporelles, mais issues de formations différentes, on crée une confusion entre titre et pratique professionnelle préjudiciable aux patients. On s'expose au surplus à des incohérences dangereuses sur le plan de la santé publique, d'une part, et sur le plan juridique d'autre part.

Ainsi, à l'encontre des avis de l'Académie de Médecine et du CNOM, le texte autorise la mise en œuvre des manipulations ostéopathiques sans diagnostic ou prescription médicale préalables en se référant à des troubles fonctionnels, notion vague, ambiguë et non définie. Il laisse ainsi à la seule discrétion des intéressés, sans garantie des compétences requises, l'appréciation des symptômes nécessitant éventuellement le renvoi à un médecin pour diagnostic ou traitement.

Paradoxalement, selon le projet, le médecin ne tiendrait plus de son diplôme et de son inscription au tableau de l'Ordre le droit de pratiquer des manipulations corporelles, mais d'une « autorisation » à faire un usage professionnel du titre d'ostéopathe.

L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 a pour objet, quelle que soit l'interprétation qu'on veuille lui donner, de régulariser la situation de ceux qui, sous des appellations diverses (ostéopathie, chiropraxie, ...), pratiquaient jusqu'à présent des manipulations corporelles sans titre reconnu et validé, ni aucun contrôle des formations éventuelles.

Ce projet aurait pour conséquence, aussi inattendue qu'inacceptable, la limitation des droits d'exercice des médecins quant à la pratique des traitements manuels, à moins d'une nouvelle autorisation.

L'Académie de Médecine et le Conseil de l'Ordre des Médecins ont demandé au Premier Ministre le

retrait de ces projets de décrets rédigés dans la précipitation, qui méconnaissent gravement la réalité des pratiques et comportent un risque réel pour la santé des patients.

Communiqué de Mars 2007

L'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins prennent acte de la publication des décrets réglementant la pratique de l'ostéopathie en France par des non médecins.

L'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins se félicitent qu'aient été entendues leurs exigences concernant la formation de ces ostéopathes et la limitation de leur pratique (manipulations exclusivement manuelles et externes ; obligation de prescription médicale pour les manipulations du rachis cervical et des nourrissons).

L'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre refusent toutefois d'admettre que, sous prétexte de l'appellation « ostéopathie fonctionnelle » on puisse dispenser cette pratique de tout recours aux examens médicaux et autres précautions indispensables dès qu'un patient se plaint de troubles, même « fonctionnels ». Au contraire, plus un trouble est fonctionnel, plus il exige un acte diagnostique difficile et lourd de conséquences qui exige une bonne formation médicale et une bonne expérience de la pathologie générale.

Ils mettent en garde contre le risque lié à une prise en charge en première intention par un ostéopathe non médecin et demandent qu'une information sur les droits et les limites d'exercice des ostéopathes soit clairement apportée aux patients.

Enfin le Conseil national de l'Ordre et l'Académie nationale de médecine ne trouvent pas acceptable que le médecin qui tient de son diplôme d'Etat et de son inscription au tableau de l'ordre le droit de pratiquer des techniques manuelles de traitement puisse avoir une obligation supplémentaire d'autorisation préfectorale pour exercer médicalement l'ostéopathie. Le Conseil national de l'Ordre des médecins introduira un recours juridique contre cette disposition.

Annexe 12 :

Communiqués des syndicats de médecins, SML et CSMF. Mars 2007. Source : Ordre des médecins.

SML :

Décret sur l'ostéopathie. Un risque de confusion

Le Syndicat des médecins libéraux prend acte de la publication au Journal Officiel du 27 mars 2007 du décret sur les conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Le SML considère que les conditions de reconnaissance des ostéopathes non professionnels de santé sont dangereuses parce qu'elle induisent une confusion par le fait que le même titre d'ostéopathe désigne indifféremment les professionnels de santé et les non professionnels de santé.

Cette confusion est d'autant plus regrettable et absurde que le même décret limite le champ de compétence des ostéopathes non professionnels de santé "à des manipulations destinées à prévenir ou remédier des troubles fonctionnels à l'exception des pathologies organiques" pour lesquelles ils doivent orienter les patients vers un professionnel de santé.

Cette confusion, préjudiciable aux patients, pourrait se retourner contre les ostéopathes, non professionnels de santé, qui ne sont d'ailleurs eux-mêmes pas satisfaits du décret fixant à 3 années leur formation. Ainsi ils reconnaissent de fait un manque de compétence, estimant que cette durée d'enseignement n'est pas suffisante pour une bonne formation.

Le SML souhaite qu'une communication avec affichage obligatoire des compétences et des limites des praticiens dans les cabinets accompagne cette nouvelle réglementation afin de permettre aux patients de pouvoir s'adresser en toute connaissance de cause à un ostéopathe professionnel de santé ou à un non professionnel de santé.

CSMF :

Ostéopathie : un mauvais choix :

Il est dommage que le récent décret sur l'ostéopathie ne soit pas réservé uniquement aux professionnels de Santé. C'est un choix plus politique que de santé publique. Toutefois, les médecins généralistes auront à coeur, dans le cadre du parcours de soins, de favoriser ceux qui font partie du corps sanitaire.

Annexe 13 :

Extrait des News du site Internet de l'AFO.

26 mars 2006

Le projet des "décrets de l'article 75 de la loi 2002-303" nous sera soumis à la mi-avril !

A l'issue de la dernière réunion au Ministère de la Santé le 14 mars, un délai de 4 semaines a été demandé par l'Administration pour nous soumettre les décrets. Nous ne pouvons dissimuler notre joie, néanmoins, l'Administration étant sous pression constante des groupes médicaux et paramédicaux, nous préférons assurer nos acquis et dans ce but orchestrer une pétition nationale auprès de nos élus, des étudiants, de nos patients et des scientifiques.

Cette pétition concerne tous les ostéopathes et chiropraticiens.

C'est-à-dire les membres de l'**AFC**, de l'**AFO**, de la **CNO**, du **ROF**, du **SFDO**, du **SNOF**, de l'**UFOF**, ainsi que de l'**UNEO** et de l'ensemble des étudiants, et les praticiens non inscrits.

Vous trouverez ci-après le texte générique de cette pétition.

Les sièges de chacune des organisations sont à même de recevoir, en quantité non limitée, les formulaires que vous et vos patients collecterez.

Mobilisez-vous pour soutenir les représentants de notre profession.

5 avril 2006

Dans 2 jours sera présenté aux psychothérapeutes le projet de décret de l'article 52 "relu" par le ministère.

Les ostéopathes n'accepteront jamais une telle lecture réductionniste de l'article 75 ! L'Administration paresseuse pourrait privilégier la facilité à la qualité et promulguer des décrets d'application ne garantissant pas la qualité et la spécificité des futurs professionnels.

Pour appliquer et faire respecter la loi,

pour respecter le principe de précaution,

pour garantir la qualité et la sécurité des actes d'ostéopathie,

les organisations représentatives des ostéopathes ont besoin de votre engagement,

sous la forme d'une signature.

Signez et faites signer massivement autour de vous la pétition papier ou électronique !

Annexe 14 :

Exemples de lettres de soutien aux ostéopathes exclusifs de la part de médecins et de patients.

C.F³.

Biologiste des Hôpitaux CHR Orléans

Ancien interne, ancien assistant des hôpitaux de Tours

Je suis biologiste des hôpitaux au CHR d'Orléans depuis 1979. J'ai participé à un travail sur l'action de l'ostéopathie sur le complexe hypothalamo-hypophysaire en 1992, qui a fait l'objet d'un mémoire pour l'obtention du diplôme d'ostéopathie. J'ai pu juger de l'efficacité de cette discipline, à la fois dans ce contexte, mais aussi pour en avoir personnellement bénéficié au décours de pathologies post traumatiques.

Je pense que cette discipline doit faire partie intégrante de l'arsenal thérapeutique que chaque patient doit être à même de pouvoir choisir guidé ou non par son médecin traitant. Afin que cette discipline soit sérieusement enseignée il ne faut pas autoritairement amputer son enseignement.

Il faut accepter que l'enseignement actuel de la médecine, même si il a fait ses preuves et amené des progrès importants dans la prise en charge de nombre de pathologies, reste impuissant notamment devant des douleurs chroniques en particulier articulaires.

Il faut avoir la sagesse et l'humilité de laisser la place à d'autres voies thérapeutiques efficaces, même si elles échappent à un esprit forgé par des certitudes générées par la médecine traditionnelle européenne.

A. et F. M.

Après une grossesse pathologique difficile (syndrome transfuseur transfusé retard de croissance pour l'un des jumeaux avec excès important de liquide amniotique) suivie par une équipe de professionnels d'un grand centre hospitalier (CHU de Rennes) nos jumeaux sont nés à 33 semaines. Nathan le jumeau qui a le plus souffert pendant la grossesse est né à 1,400kg anémié, avec un creux thoracique, un bourrelet crânien impressionnant et la tête aplatie d'un coté à cause d'une céphaloplagie positionnelle. Après 35 jours de néonatalogie les garçons ont pu rentrer à la maison mais Nathan pleurait beaucoup. Lors de la 1ere visite de contrôle au CHU, faisant part de nos inquiétudes face à ses pleurs et à la forme de sa tête, nous nous sommes entendus dire par le pédiatre (professeur et responsable du service) que ce n'était rien, que ça passerait et que de plus ça ne se verrait plus quand les cheveux pousseront !

Mais cela ne se passait pas, pire, Nathan pleurait de plus en plus, même couché dans son lit et plus les jours passaient plus sa tête restait tournée d'un seul côté. Devant la souffrance de notre fils, à ses 3 mois, nous avons "essayé autre chose", nous sommes allés voir notre ostéopathe... Notre fils avait un torticolis aigu et était bloqué jusque sous les omoplates. L'ostéopathe aurait pu soulager notre enfant depuis sa naissance si nous ne nous étions pas crus si bien suivis par le CHU et que nous avions pensé à faire appel à lui très tôt mais il a soulagé complètement notre enfant en 3 séances ! Nous sommes retournés pour quelques séances pour poursuivre le travail sur la forme de sa tête essentiellement mais aussi pour les troubles digestifs (des semaines d'alimentation par sonde gastrique étant passées par là!). Son frère jumeau en a aussi bénéficié pour les mêmes raisons ainsi que pour sa bosse frontale. Désormais, toute la famille (6 personnes) rend visite à cet ostéopathe au minimum une fois par an pour un petit "bilan"...

³ Pour garantir l'anonymat de ces personnes, les initiales ont été changées.

Dr D. L.

Pédiatre –homéopathe

J'adresse mes jeunes patients à un ostéopathe qualifié depuis 25 ans. Je ne connais pas d'autres solutions quand il s'agit de soulager un nourrisson qui souffre après un accouchement dystocique, une césarienne, un accouchement avec forceps ou ventouse. Que de perte de temps lorsque je vois un torticolis persister après 40 séances de kinésithérapie prescrites par un confrère... torticolis réglé en 2 à 3 séances d'ostéopathie... sans parler de plexus brachial dont le pronostic est excellent avec une prise en charge ostéopathique très précoce ou de troubles digestifs majeurs qui perturbent parents et enfant, et peuvent être à l'origine de véritables troubles de communication ultérieurs(problèmes digestifs réglés en 2 séances le plus souvent). Que de problèmes ultérieurs sont évités par un traitement ostéopathique précoce : plagiocéphalie inesthétique avec tout le cortège "séquellaire": scoliose, troubles visuels, troubles de coordination fine, du langage, otites récidivantes... et j'en passe... Cet outil thérapeutique est aussi extrêmement performant chez l'enfant plus grand et l'adolescent, notamment lors de traumatismes, ou pour accompagner un traitement orthodontique.

L'ostéopathie est un traitement efficace et rentable à court, moyen, et long terme sur le plan santé publique comme sur le plan économique. Mais rejoignons-nous là le souci de certains hommes politiques? Je souhaite de tout coeur voir aboutir des décrets défendant une ostéopathie de qualité, loin des intérêts corporatistes, mais au plus prêt des intérêts des patients.

C. R.

Moniteur Cadre de MK – Ostéopathe Enseignant.

Bonjour,

Je suis Moniteur Cadre de Masso-Kinésithérapie. J'ai enseigné pendant 20 ans dans plusieurs instituts de formation et connais bien le programme et le niveau de formation des kinésithérapeutes. Aujourd'hui, je suis ostéopathe en exercice exclusif et enseignant dans un collège ostéopathique sur un cursus de six ans.

J'atteste donc en pleine connaissance de cause que les compétences nécessaires à l'exercice de la profession d'ostéopathe nécessitent une formation complète selon le modèle de cursus actuel contenant un minimum de 2500 heures de formation pratique et une formation approfondie à la sémiologie et au diagnostic différentiel. Ce sont les conditions incontournables qui permettent de garantir la sécurité du patient et l'efficacité thérapeutique ostéopathique spécifique. Ce contenu est totalement absent du champ de compétence des kinésithérapeutes.

L'actuel projet de décrets n'a rien à voir avec ces exigences de compétence, et correspond à un enseignement de quelques connaissances en ostéopathie, mais aucunement à la formation à l'exercice de la profession d'ostéopathe dont il est question dans la loi de 2002.

A croire que l'on confond l'outil et le métier !

La formation d'ébéniste pourrait-elle se réduire à apprendre comment planter un clou !?!

On ne peut pas demander la garantie de la sécurité des patients sans en donner les moyens. Assurément, les décrets proposés sont le reflet d'une méconnaissance de la profession d'ostéopathe, du sérieux de sa formation actuelle, et prônent par leur incohérence une grave mise en danger des patients.

Allons, soyons sérieux, aussi, chez les pouvoirs publics...

Dr M-L. J.

Ancien interne des hôpitaux

Ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux

Praticien hospitalier

Étant pédiatre, avec un exercice hospitalier de 20 ans, exerçant actuellement en libéral, je suis outrée de voir à quel point les décideurs en haut lieu prennent des décisions concernant l'ostéopathie dans la totale ignorance des bienfaits des soins procurés.

Chers hommes du gouvernement, n'auriez-vous pas dans votre entourage une femme enceinte qui a une sciatique et qui a bénéficié de tel soins, ou un petit nourrisson, qui après une naissance difficile, a un torticolis, une attitude du corps arc-boutée (que bien des collègues ne voit pas...), un crâne déformé pleure des heures durant par jour... et qui après être passé dans des mains de professionnels si bien formés entraînés (de nombreuses années durant), se trouve subitement amélioré dans tout son être : comportement, sommeil, troubles digestifs, éveil, développement neurologique, et forme du crâne. N'avez-vous jamais vu cela ?

Interdire de tels soins est une totale aberration et relève certainement de la pression de médecins qui ne connaissent pas l'ostéopathie. Malheureusement, le toucher que nous apprenons en médecine est si mauvais que nous les médecins nous permettons de critiquer les praticiens qui développent un toucher supérieur au nôtre. Cela ne devrait pas être le cas et nous, médecins, nous devrions nous faire enseigner par eux !

L'ostéopathie est une des plus belles disciplines de santé qui soit. Il ne faut pas la condamner par les décrets qui sont en cours de publication. Vous allez, en faisant ainsi, contribuer à aggraver la situation de nombre de professionnels qui travaillent si bien... et maintenir la mauvaise santé de tant de personnes qui ont besoin de praticiens de grande valeur.

Ne vous laissez pas influencer par des peurs, des ignorances, aller visiter de vrais ostéopathes, et des écoles : vous mêmes. Et comparez à ce que nous les médecins (remplis d'orgueil) nous apprenons pour toucher un corps... et vous verrez la différence... hélas bien réelle...

Il est temps de ne pas gâcher un peu plus la santé de la population française, de ne pas gâcher la vie professionnelle de tant de praticiens, et de ne pas couper l'espoir de jeunes qui ont envie d'avoir un haut niveau de formation et de performance pratique pour rendre service à la population.

Avec ma considération distinguée.

Annexe 15 :

Extrait de *La Gazette de l'UFOF* n°3 de mars 2007 à propos de la participation de l'association au MEDEC, salon de la médecine générale.

Puissance et réaction
du LOBBY MÉDICAL

C'était sans compter malheureusement, sur la puissance des forces corporatistes. La semaine précédent le congrès, une association de médecins ostéopathes apprenant que nous étions présents a demandé également un stand et une conférence. Sa demande tardive ayant essuyé un refus, elle a alors fait intervenir d'autres leviers aboutissant même à l'intervention des Renseignements Généraux qui ont demandé, vendredi dernier, aux organisateurs de supprimer nos interventions car, « le Ministre de la Santé devant venir au Salon, il y avait un risque certain de trouble de l'ordre public » !!! Les organisateurs, un rien surpris devant tant de réactions, étaient dans l'obligation d'obtempérer. Ils nous ont cependant autorisés à conserver notre stand dans le village des associations car cette opération commerciale n'était pas susceptible d'être annulée.

Devant tant d'animosité et d'agressivité, nous nous sommes posés la question de savoir si nous devons purement et simplement nous retirer. Allions-nous pester une fois encore contre le lobby médical, contre l'obscurantisme, contre les forces anti-progressistes ? Ne devons nous pas plutôt essayer de prendre du recul, et rester pragmatiques en conservant notre stand ? Nous avons décidé de rester et bien nous en a pris.

COMMUNICATION RÉUSSIE

Car pendant trois jours, nous avons été assailli de questions. Nous avons donc pu entamer le dialogue, c'est à dire, discuter avec des professionnels de santé, surtout des médecins, les écouter et faire passer notre concept et nos idées, en tenant un langage adapté recevable par nos interlocuteurs. Certes, nous avons eu des discussions passionnées avec des médecins ostéopathes, de médecine physique, rhumatologues, généralistes qui n'étaient pas tous ouverts à l'ostéopathie. Mais nous avons pu nous rendre compte qu'un dialogue constructif, concret et positif est possible avec tous les médecins. Nous avons fait passer le message que nous étions, non pas concurrents mais complémentaires et que nous avions conscience des limites de nos compétences. Nous avons pu rassurer et convaincre. Nous avons pu aussi nous rendre compte qu'un véritable travail d'information auprès d'eux est primordial, nécessaire, et même vital pour nous. C'est ainsi que, peu à peu, nous parviendrons à nous faire entendre et que nous diminuerons les forces de réaction qui s'opposent encore à nous.

Annexe 16 :

Extraits d'un forum Internet.

THE CELTIC BLOG

Halte aux prejuges sur l'Osteopathie,yen a marre

Par anne, mercredi 21 septembre 2005 à 00:53 :: [Osteopathie](#) :: #8 :: [rss](#)

Je voudrais pousser un cri: "Haaaaaaaaaaaa....". Quand yen a marre, yen a marre! Je suis etudiante en derniere annee d'[osteopathie à Maidstone](#) (Angleterre) et mon but aujourd'hui est de faire tomber le plus de prejuges possible sur l'osteopathie car j'en ai marre de ces gens qui se permettent de juger sans connaitre et qui racontent vraiment n'importe quoi... Ils critiquent mais dès que tu commences à leur poser des questions, tu realises tres rapidement qu'ils ne connaissent rien de la discipline...

1. **NON** l'osteopathe ne lit pas dans les boules de cristal (au cas où il y aurait encore des personnes qui se poseraient la question)
2. **OUI** l'osteopathie est reconnue non seulement [au niveau de l'Etat Francais depuis 2002](#) (ca fait belle lurette qu'elle est reconnue dans d'autres pays -et souvent remboursee), mais aussi au niveau de l'OMS.
3. **OUI** [l'effet placebo](#) existe, mais il existe au meme titre que dans toute autre discipline medicale ou paramedicale! Pourquoi lui donner une plus grande importance dans l'osteopathie?
4. **OUI** beaucoup d'etudes ont ete faites et les effets de l'osteopathie ne sont plus a dementir, mais de par le fait que l'Etat Francais freine tout ce qu'il peut pour nous accepter, les financements pour faire de la recherche sont plutot limités... Il faut aller voir dans d'autres pays (USA,Angleterre entre autres) où les mentalités sont toutes autres (...)
5. **NON** l'Osteopathie ne consiste [pas seulement](#) à faire craquer la colonne vertebrale. Cela represente genre 10% des possibilités de traitement, ce qui est souvent oublié, de par un manque d'information au grand public (a qui la faute?). Cf un de mes precedents POST.
6. **NON** l'osteopathie ce n'est pas faire [des massages](#), ca n'a absolument RIEN à voir, meme si aux yeux de certains patients ca "ressemble".
7. **NON** l'osteopathie ne pretend en aucun cas remplacer la medecine traditionnelle, il suffit juste -d'un coté comme de l'autre (!)- connaitre ses limites et référer à une autre profession plus a meme de traiter le probleme. L'osteopathe ne traite pas tout ce qui est infectieux et est plus axé sur tous les problemes fonctionnels. Chacun peut cohabiter pour permettre le plus large et libre choix therapeutique au patient (c'est bien lui qui est au centre de nos preoccupations, non???)

Se pose egalement la question de pourquoi l'Etat Francais met des batons dans les roues à l'osteo... c'est vrai que financierement ca ne leur rapporte pas beaucoup, vu qu'ils ne prescrivent pas de medicaments et qu'ils n'ont besoin que d'une table de pratique pour travailler... pas tres rentable en effet... 30000 autres sujets de debat me trottent dans la tete mais ca pourrait prendre des heures, alors je ferai d'autres POST pour que ce soit plus digeste.

Alors juste un conseil aux plus sceptiques : avant de nier la discipline en bloc, renseignez-vous et n'ecoutez pas le "on dit" ("la grand-tante de la cousine de mon ex-beau frere de mon ami est alle une fois voir un osteopathe ya 2 ans et ca n'a rien fait", combien de fois je l'ai entendue cette-là...) , et après on peut discuter!!

Tous vos commentaires sont les bienvenus

Commentaires

Le mercredi 21 septembre 2005 à 17:15, par nicole

Vas y Anne, defend l'osteopathie,secoue le cocotier et les préjugés,c'est comme ça que le monde

rhumato ,stomato ,neuro ,kiné...sans succès.J'ai avalé beaucoup de chimie ,ça aidait à calmer la douleur.Je suis allé voir un vrai osteopathe , avec une vraie formation d'osteopathe . Ca a pris du temps mais il m'a traité avec succès. Maintenant quand j'ai mal au cou (3ème et 4ème cervicale) je vais le voir ,il me traite ,je pars soulagé . Mes maux de tête durent parfois deux ou trois jours, jamais plus. Ce n'est pas un magicien ,il n'a pas de don ,il a fait des études d'osteopathie pendant 6 ans.

Le mercredi 5 octobre 2005 à 22:48, par anne

Tout d'abord, je suis tres atristee que vous soyez dans cet etat là apres un traitement osteo. Et oui, il se peut que vous soyez tombe sur un osteo qui n'ait pas ete competent a ce moment la,et les resultats peuvent etre plutot consequents... est ce que vous avez essaye de contacter cet osteo pour lui dire tout ce dont vous souffriez apres son traitement? Est ce que vous savez s'il etait enregistré au R.O.F (Registre des osteopathes Francais) ?

Il est important de bien choisir son osteopathe et de ne pas se precipiter sur le premier venu car il y a beaucoup de "charlatans" dans ce domaine-là (le metier n'est pas encore tres reglementé), qui n'ont pas fait les etudes appropriees et se pretendent osteos.

Ce que je vous conseillerais (et ce n'est qu'un conseil personnel bien entendu), c'est de retourner voir un osteopathe - soigneusement choisi - et de lui expliquer tout ce que vous venez de me raconter et il y a de tres grandes chances qu'il puisse vous aider.

Le truc est que plus vous attendez, plus vos douleurs vont devenir chroniques et plus le traitement prendra du temps... je comprendrais tout a fait si vous aviez une retissance a retourner chez un osteo, mais je pense qu'un traitement osteo - approprié cette fois - vous serait tres benefique. Si vous ne desirez pas de techniques structurelles (= faire craquer), vous etes en droit de refuser, expliquez le a l'osteopathe. Il existe beaucoup d'autres types de techniques (fonctionnel , cranien , visceral..) tout aussi efficaces.

Je connais quelques bons osteopathes dans ma region (Haute Savoie-Iserre), dites moi si ca vous interesse, sinon le mieux est de consulter le registre du ROF et de contacter l'osteopathe directement.

<http://www.osteopathie.org/chercher-osteopathe/>

Voilà. Je ne sais pas si cela peut vous aider,je l'espere en tous cas.

Le mercredi 18 janvier 2006 à 16:23, par Jacqueline

Bonjour!

Je ne jure que par mon Ostéopathe, je la vois à tout les mois depuis 3 ans et elle m'a littéralement guérit mon cou, Je pouvais pas tourner ma tête à gauche , même pas déposer mon menton sur l'épaule. J'ai 50 ans et depuis l'âge de 25 ans que je voyais Chiropraticien après Chiro et même accupunteur et personne ont pu soulager ma douleurs comme elle a fait. Même après mes 3 accouchements elle a guérit mon nerfs sciatique. Je ne jure que par elle et je la recommande à tous ceux que j'aime. Ceci dit chacun à un ange qui passe dans leur vie pour enlever la douleur de leur corps.

Le jeudi 23 mars 2006 à 23:29, par dany

Salut , je pense que dans l'ostéo y'a bien des trucs qui marchent mais après y'a un peu trop de zones d'ombre pour moi, et je ne sais pas si les etudes menees sur le public aux USA sont si serieuses (car reputées pr ne pas l'etre ds ce pays ou on sort un medicament et on le retire 3 mois apres). Surtout avec les histoires de lobby. Bref cependant il semble evident qu'une bonne partie des techniques soit efficiente. Ne me sortez surtout pas le refrain du "t'es mm pas renseigné" car ma mère est ostéo et j'en entend parler ts les jours.

Je veux juste vous faire part des zones d'ombre en question, et de la necessité pour prouver reellement le statut de science dont parle cet extrait d'article (qui prend parti je vous l'accorde, ms l'auteur voulait vraiment faire avancer le debat) qu'il faut que la chose soit mesurable, etc... Lisez vraiment de l'epistemologie pour comprendre que sur ce terrain si qqc n'est pas fait, vous NE SEREZ JAMAIS UNE SCIENCE . les criteres sont definis, a vous de les remplir.