



**QUEL AVENIR POUR L'OSTEOPATHIE EN
FRANCE ?**

**Mémoire de fin d'études
2012-2013**

Diplôme en ostéopathie

Tuteur de mémoire

Jérôme NOURRY D.O.

Auteur du mémoire

Solenn PAVIOT

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement mes parents pour leur relecture assidue ainsi que Jérôme Nourry pour son suivi et ses conseils.

Merci à Lucie pour l'énergie qu'elle me donne, à Fab pour son soutien et sa patience et enfin à Magali pour son aide à la mise en page.

RESUME

S'interroger en 2013 sur l'avenir de l'ostéopathie en France est une question majeure tant les dysfonctionnements actuels se révèlent inquiétants : trop d'écoles, trop d'étudiants formés et une saturation sur plus des deux tiers du territoire. Aujourd'hui beaucoup d'ostéopathes ne peuvent vivre correctement de l'exercice de leur métier. Le rapport récent de l'IGAS pointe clairement la situation et fait des préconisations que le ministère de tutelle tarde à mettre en place.

Cependant faut-il tout attendre d'une autorité extérieure ? Ce serait trop facile. Pour être reconnue par les autres professions de santé et répondre de manière très satisfaisante aux Français qui ont de plus en plus recours à l'ostéopathie, la profession doit définir un certain nombre de règles : qualité et uniformité de la formation, diplôme reconnu, formateurs qualifiés, essor de la recherche et multiplication des publications. Les ostéopathes doivent aussi davantage s'intégrer et collaborer avec les professionnels de santé.

L'ostéopathie française doit non seulement être régulée, elle doit aussi se donner des perspectives de réussite.

Mots clés : profession, formation, régulation, reconnaissance, recherche, intégration, compétences

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
RESUME	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	6
1- Une évolution démographique inquiétante en comparaison des professions de santé :	8
1.1. Rappel historique :	8
1.2. Conséquences démographiques d'un « cadre réglementaire imprécis » :.....	17
1.3. Comparaison avec d'autres professions de santé.....	23
2. Pour la mise en place d'une formation homogène, de qualité et reconnue :.....	26
2.1. L'état des lieux de la formation	27
2.2. Quels critères pour une formation de qualité ?	35
2.3. Objectifs d'une telle formation :	43
3. Vers une installation pérenne de l'ostéopathie dans le parcours de soin français ?	46
3.1. Intégration aux professions de santé	46
3.2. La recherche en ostéopathie :.....	54
CONCLUSION.....	61
TABLE DES MATIERES.....	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	67

INTRODUCTION

Illégale jusqu'en 2002, la profession d'ostéopathe est reconnue le 4 mars par la loi Kouchner (loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Les décrets la définissant et l'encadrant paraissent seulement en 2007, dont le décret¹ relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation. Cinq ans après leur parution, les évolutions constatées se révèlent très inquiétantes au point de mettre dans la rue une partie des étudiants en formation, en février et mars 2011. Deux raisons à ces protestations : les étudiants revendiquent une meilleure reconnaissance de leur diplôme par l'Etat et surtout s'inquiètent face à la multiplication des écoles de formation depuis la parution des décrets. Plus de 2000 nouveaux ostéopathes sortent chaque année depuis 2010² et ce nombre continuera d'augmenter dans les années à venir si rien ne change. Le marché est saturé et beaucoup de jeunes peinent à s'installer et à vivre de leur métier bien que le coût des études soit conséquent. De plus l'hétérogénéité des formations tant en durée des études qu'en qualité ne plaide pas pour le sérieux et la reconnaissance de la profession. Cette évolution inquiète même le ministère de la Santé. Interrogée tout récemment par la députée du Jura, madame Dalloz³ (question écrite N°3087, parue au journal officiel du 18/08/2012, page 4729), le ministère répond⁴ « l'augmentation du nombre d'écoles et de professionnels en exercice pose un réel risque en matière de santé... Les besoins de l'offre de soins doivent fixer le niveau de qualité requis et réguler le nombre de professionnels. Il est nécessaire de reprendre le travail initié en 2002 d'encadrement d'une pratique qui n'est pas sans risque... » (Journal officiel du 18/09/2012, page 5137).

Pourtant la demande en ostéopathie par les patients continue de croître et

¹ Décret 2007-435 du 25 mars 2007 www.legifrance.gouv.fr

² Registre des ostéopathes de France 2012.

³ JO du 18.08.2012, questions écrites n° 3087, page 4729.

⁴ JO du 18.09.2012, page 5137.

beaucoup se satisfont de la prise en charge de leur problème par la profession. Selon une étude récente⁵, 40% des Français y auraient recours et 10% font appel régulièrement à leur service. C'est d'ailleurs cette forte demande qui est à l'origine de la reconnaissance par l'Etat en 2002, d'autant plus que les accidents signalés sont rares. Depuis peu, de nombreuses mutuelles se sont mises à rembourser en partie les prises en charge ostéopathiques (à raison de 2 séances par an) sous la pression des assurés qui consultent régulièrement les ostéopathes.

Ces bouleversements récents, moins de 10 ans, amènent à s'interroger sur l'évolution de l'ostéopathie. Quelle place pour cette profession dans les années à venir ? Faut-il continuer à former autant de praticiens ? Quels sont les critères à mettre en place pour assurer une formation de qualité reconnue ? Plus fondamentalement, il apparaît nécessaire de s'interroger sur l'intégration de l'ostéopathie aux professions de santé, dans quels objectifs ? Et à quelles conditions ? La reconnaissance de l'ostéopathie, notamment près des professionnels de santé puis des scientifiques, passe aussi inévitablement par une accentuation de la recherche, une publication scientifique des études conduites pour valider clairement l'apport de l'ostéopathie.

⁵ Sondage réalisé pour le SMNOF (syndicat de médecine manuelle ostéopathie de France) paru le 8/03/2012 dans le Parisien.

1- Une évolution démographique inquiétante en comparaison des professions de santé :

1.1. Rappel historique :

1.1.1. Naissance de l'ostéopathie en France :

L'Ostéopathie est née aux Etats Unis, à la fin du XIX^e siècle, sous l'impulsion d'un médecin Andrew Taylor Still qui rompt avec la médecine traditionnelle de son époque en considérant le corps comme une unité fonctionnelle indissociable. Cette approche holistique lui permet de comprendre les interrelations entre le système musculo-squelettique et les autres systèmes organiques pour en faire un de ses grands principes : « la structure gouverne la fonction ».

En 1892, il fonde « The American School of Osteopathy », à Kirskville dans le Missouri, il s'agit de la première reconnaissance officielle de l'ostéopathie. Les étudiants qui y sont formés reçoivent le titre de *D.O. graduate* (Docteur en Ostéopathie). L'expertise de Still et ses principes de soin donneront alors naissance à l'Ostéopathie actuelle et seront complétés par les découvertes de ses élèves.

L'Ostéopathie s'exporte en Europe en 1917, grâce à John M Littlejohn, élève dissident de Still, qui crée à Londres la « British School Of Osteopathy » avec l'accord de celui-ci.

En France, Paul Gény, kinésithérapeute formé à l'Ostéopathie en Angleterre, fonde en 1956 la première « Ecole Française d'Ostéopathie » (EFO). Celle-ci délivre un enseignement privé pour médecins et kinésithérapeutes. Mais, devant l'engouement suscité par cette formation, le Conseil de l'Ordre des médecins français incite les pouvoirs publics à fermer l'EFO interdisant l'enseignement de l'ostéopathie par des non médecins. Cela contraint l'école à s'expatrier en Angleterre en 1960 où elle devient « l'École européenne d'ostéopathie de Maidstone ».

Deux ans plus tard, en 1962, un arrêté ministériel⁶ réserve le monopole de la pratique de l'ostéopathie aux seuls docteurs en médecine : « *toute mobilisation forcée des articulations et toutes réductions de déplacements osseux ainsi que toutes manipulations vertébrales et d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie, ne peuvent être pratiqués que par des docteurs en médecine* » (relevant de l'article L-372 du code de la santé publique)

Cette restriction n'empêche pas nombre de kinésithérapeutes français de continuer à se former à l'école européenne d'ostéopathie de Maidstone (EEO) à Londres, aux Etats Unis ou au collège ostéopathique européen (COE) de Genève. En 1973, d'anciens diplômés de Maidstone se regroupent pour créer l'Association Française de Défense de l'Ostéopathie (AFDO) qui a comme objectif principal la réglementation officielle de la profession en France.

Il en découle, à partir de 1975, la création des premières écoles de formation continue : le « Collège National d'Ostéopathie » (CNO) à Sète, le « Collège Français d'Ostéopathie » (CFO) à Paris et ce qui deviendra, en 1979, l'« Andrew Taylor Still Academy » (ATSA) à Lyon.

En 1981, Robert Perronneaud-Ferré, ostéopathe non médecin, fonde le Registre des Ostéopathes de France (R.O.F.) et en rédige les statuts, à l'instar des Etats Unis, de la Grande Bretagne et de la Nouvelle Zélande. Ainsi, « au début des années 80, l'enseignement de l'ostéopathie commence à s'uniformiser. Des syndicats se constituent pour défendre les intérêts des professionnels. Les ostéopathes français ressentent alors le besoin d'organiser de façon distincte, la défense des intérêts des professionnels, ceux de la formation et la promotion de la profession. Il faut donc créer une structure susceptible de parler d'une même voix de la profession, de promouvoir une éthique et de codifier une déontologie. »⁷

Comme un grand nombre de ses collègues de l'époque, Robert Perronneaud sera poursuivi en justice pour exercice illégal de la médecine et condamné à verser une somme dérisoire à l'Ordre national des médecins. La situation amène le député Pierre BAS⁸, en juin 1983, à déposer une proposition de loi relative à l'exercice de

⁶ Arrêté ministériel du 6 janvier 1962 paru au JO du 1^{er} Février 1962, page 1111

⁷ Historique ostéopathie site : www.Ostéopathie.org/historique

⁸ Historique ostéopathie site : www.Ostéopathie.org/historique

l'ostéopathie mais celle-ci ne sera jamais examinée à l'assemblée.

A la même période, le doyen et Docteur Pierre Cornillot permet à l'ostéopathie de rentrer à l'université de Bobigny en créant le Diplôme Universitaire de Médecines Naturelles (D.U.M.E.N.A.T) réservé aux seuls médecins, dentistes et vétérinaires. Les formateurs ne sont pas uniquement constitués de médecins, ce qui peut être considéré comme une grande avancée quant à la reconnaissance de l'ostéopathie (cf loi de 1962). Ainsi, lors d'une interview sur France Culture le 18 septembre 1982, le Docteur Cornillot déclare : « Sur le problème des non médecins, il faut être clair et précis et en même temps honnête. On ne peut pas et, à mon sens, quels que soient les aspects réglementaires qu'il peut y avoir, poser en principe que, parce que l'université crée un diplôme, elle va s'ériger en censeur, en maître absolu de qui sait et qui ne sait pas, alors qu'il s'agit de pratiques qui éventuellement ont traversé les siècles dans des conditions particulièrement laborieuses et chaotiques »⁹. Ou encore : « c'est aussi reconnaître qu'il y a des praticiens en médecine manuelle, en homéopathie, en acupuncture qui n'ont peut-être pas eu la chance d'avoir le doctorat en médecine mais qui sont quand même très efficaces. Et là, il faut être un petit peu honnête et intelligent : je trouve qu'il est plus intéressant de demander à quelqu'un qui n'est pas médecin de venir expliquer comment il pratique un geste... »

C'est en 1983 que la première école de formation initiale en ostéopathie (ATMAN) est fondée par Marc BOZETTO, président de la Fédération des Ostéopathes de France (F.O.F.). Elle fera longtemps figure d'ovni dans le paysage ostéopathique français avant d'être suivie par de nombreuses autres dans les années 90 et 2000.

En 1985, Ségolène Royal, alors chargée de mission près du Président de la République François Mitterrand pour les affaires sociales et l'environnement, répond au président du ROF, Robert Perronneaud, que « des réflexions ont été engagées par Mr le Secrétaire d'Etat à la santé, sur la situation et le devenir des médecines parallèles »¹⁰ mais rien n'est encore concrétisé. Lors du changement de gouvernement en 1987, la situation est de plus en plus critique pour les ostéopathes

⁹ www.Csof.fr/ostéopathie/historique

¹⁰ <http://ostéocondom.free.fr>

français qui subissent de plus en plus de pression par l'Ordre des médecins. Dans le bulletin de l'académie nationale de médecine on peut lire que l'ostéopathie fait partie des « doctrines irrationnelles et antiscientifiques »¹¹. Ainsi le Ministère de la santé insiste, lors de la session de l'assemblée nationale du 13 juillet 1987, sur le caractère médical strict de la manipulation vertébrale ostéopathique ou chiropractique : « le ministre délégué (**Michèle Barzach**) estimant que seules des études médicales complètes permettent de poser un diagnostic d'ensemble, de choisir la thérapeutique la mieux adaptée parmi les indications ou techniques efficaces et de mettre en œuvre ce traitement en disposant des connaissances nécessaires, le Gouvernement n'envisage pas actuellement de modifier cette législation. »¹²

Parallèlement à ce discours, on observe une aggravation des peines pour exercice illégal de la médecine en conformité avec la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987.¹³

En 1993, alors qu'en Grande Bretagne, l'ostéopathie est reconnue comme profession indépendante et spécifique, aucune évolution n'est notable en France. L'Académie de médecine adopte même un rapport, en 1995, rendant un avis défavorable à la reconnaissance d'une « activité d'ostéopathie » qui pourrait être accordée aux masseurs kinésithérapeutes.

Pourtant le 29 mai 1997, le parlement européen vote une résolution historique pour un statut des médecines non conventionnelles¹⁴, après un travail de fond initié par le député européen Paul Lannoye au sein de la Commission Santé. L'ostéopathie est placée au cœur du débat politique et cette résolution représente un tournant majeur pour l'agrément futur de la discipline en France. En 1999, sous la pression européenne et après la reconnaissance de la profession en Belgique, Bernard Kouchner, alors secrétaire d'Etat à la Santé, ordonne la formation d'une commission de travail destinée à établir un rapport sur la situation de l'ostéopathie en France en vue d'une éventuelle reconnaissance.

¹¹ article ostéopathie Wikipedia

¹² www.ostéopathie.org/historique

¹³ Loi N°87-588 du 30 juillet 1987

¹⁴ Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles : [http : //sénatro.free.fr/resolution- européenne](http://sénatro.free.fr/resolution-européenne)

1.1.2. Reconnaissance, législation et décrets :

Dans la continuité de cette démarche, plusieurs réunions, présidées par Guy Nicolas, sont organisées avec différents acteurs de la santé, de la chiropraxie et de l'ostéopathie dont Daniel Sirieix, président du ROF. Le rapport est remis au gouvernement au printemps 2000¹⁵. Le 4 octobre 2001, l'assemblée nationale adopte l'amendement 178 présenté par le député Bernard Charles, intégré à l'article 52 de la loi « droit des malades », amendement reconnaissant le titre d'ostéopathe et de chiropracteurs¹⁶. Il s'ensuit un débat au Sénat. Avant le vote, et défendant le texte voté par le parlement, Bernard Kouchner s'exprime ainsi : « En 1994 ou 1995, lorsque j'étais député européen, nous avons reçu un énorme rapport sur les médecines douces en général et sur l'ostéopathie en particulier. Il en ressortait que nous étions le dernier pays à ne pas reconnaître cette discipline. Cet argument est sérieux, même s'il n'est pas décisif. Dans bien des pays, et pas seulement aux États-Unis, l'ostéopathie a pignon sur rue et la formation suivie est distincte de celle des médecins. Bref, nous sommes en retard par rapport à nos voisins. En second lieu, comme l'a dit M. le rapporteur, la justice est lasse de la situation. Ou on a droit de pratiquer cette discipline, ou on n'a pas le droit. En France, c'est non ! Les conseils régionaux de l'Ordre des médecins portent régulièrement plainte, mais plus aucune affaire ne donne lieu à poursuite. Nous sommes là en pleine zone de non droit, ce qui ne peut durer indéfiniment. »¹⁷ Le texte rectifié est ratifié par le sénat avant d'être renvoyé devant l'assemblée nationale pour son vote définitif. Il devient l'article 52 bis :

« L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropraticien 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

¹⁵ Rapport Nicolas www.academie-medecine.fr

¹⁶ Amendement 178 www.assemblee.nationale.fr/dossiers/droit_des_malades

¹⁷ Compte rendu officiel de la séance du 5 février 2002 :

<http://www.senat.fr/cra/s20020205/s20020205H64.html>

d'application de la présente loi, peuvent se voir reconnaître le titre d'ostéopathe ou de chiropraticien 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 chiropraticien 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 chiropraticien 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'État dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations»¹⁸.

Le 5 mars 2002, la loi « Droit des malades » aussi nommée « loi Kouchner » est publiée au journal officiel, l'article 75 de la loi reprenant le texte de l'article 52 bis.¹⁹

Toutefois, l'application de ce texte est obligatoirement subordonnée à la parution des décrets d'application. Ils doivent notamment prévoir le programme, la durée des études nécessaires à l'obtention du diplôme d'ostéopathe et, de fait, un référentiel précis du contenu des actes d'ostéopathie. Entre 2003 et 2004, un groupe de travail est formé à l'initiative du ministre de la santé mais il s'avère très compliqué d'établir un consensus entre les différentes organisations représentatives : ostéopathes exclusifs (ni-ni), kinésithérapeutes et médecins ostéopathes. « Ces divergences, fondées principalement sur l'opposition des professionnels de santé à voir reconnaître une qualification propre aux ostéopathes exclusifs, n'ont pas permis à l'administration de mettre en place un dispositif de formation consensuel. »²⁰ A ce manque de consensus s'est ajouté le changement de gouvernement en 2002 qui,

¹⁸ Loi 2002-303 publiée le 4 mars 2002 au JO N°51

¹⁹ Article 75, Loi 2002-303 publiée le 4 mars 2002 au JO N°51

²⁰ Rapport de l'IGAS achevé en avril 2010, publié en mai 2012 page 12

n'étant pas instigateur de la loi, a manqué de courage pour accélérer la parution des décrets.

L'opération est renouvelée en décembre 2005, avec la mise en place d'un second groupe de travail présidé par le Professeur Bertrand Ludes ayant pour objectif la préparation des décrets d'application. Au vu des conflits engendrés par les discussions de 2004, le doyen Ludes choisit de réunir séparément les ostéopathes exclusifs puis les professionnels de santé. Les réunions s'organisent autour de quatre thématiques :

- détermination des activités à partir du projet de décret excluant les actes dangereux,
- définition des compétences liées à ces activités,
- identification des connaissances nécessaires à ces compétences,
- établissement d'un programme de formation

En conclusion, le Rapport Ludes préconise une formation complémentaire de 60 à 150 ECTS²¹ (après les études de médecine et concernant les kinésithérapeutes « au moins 180 crédits ECTS pour arriver à leur permettre de poser un diagnostic ostéopathique »²²). La règle de base de ce système de points étant « 1 an = 60 crédits » et « 1 crédit = 25 à 30 heures de travail », elle part donc du principe selon lequel toute année de formation demande globalement le même temps de travail, à 10 % près, quelle que soit la durée effective de l'année (25 semaines, 35 semaines, stages durant les vacances d'été, etc.) et le nombre d'heures d'enseignement dans la semaine (de 15 h à 30 h suivant le cursus).

Pour ce qui est des « ni-ni » : « le nombre de centres de formation devrait être limité avec un accès restreint des étudiants pouvant suivre cet enseignement. Un établissement par inter-région (7 inter-régions) serait pertinent avec un nombre d'étudiants variant en fonction des possibilités d'accueil de 50 à 100 ». Sur la question du diagnostic, le rapport stipule clairement : « Aux vues des formations actuellement en vigueur dans notre pays, ce sont les médecins qui sont formés à

²¹ Abréviation du terme anglais *European Credits Transfer System* référence *wikipedia*

²² Rapport Ludes 25 janvier 2007 page 28 à 31

l'établissement d'un diagnostic. Si d'autres professionnels doivent être amenés à réaliser ces actes, le législateur devra prévoir un cursus adapté à cette fin. »²³

Malgré ce rapport, le gouvernement tarde à rédiger les décrets. Le 19 mai 2006, suite à une requête du Registre des Ostéopathes de France, le conseil d'état condamne le gouvernement à publier les décrets relatifs à la loi de mars 2002 dans un délai de 6 mois, délai à partir duquel il devrait verser la somme de 200 euros par jour de retard.²⁴

Le gouvernement et son ministre de la santé Xavier Bertrand se retrouvent donc dans l'obligation de définir dans la précipitation les fameux décrets. Ainsi plusieurs textes sont établis. Le décret du 25 mars 2007 n°2007-435 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie détermine dans son article 1 que « *Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain (...) Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes* ». Dans l'article 3, il est mentionné :

« I. - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

1° Manipulations gynéco-obstétricales ;

2° Touchers pelviens.

II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;

2° Manipulations du rachis cervical.

III. - Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser

²³ Rapport Ludes 25 janvier 2007 page 28 à 31

²⁴ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do>

ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel. »²⁵

Le décret n°2007-437²⁶ relatif à la formation des ostéopathes fixe la durée minimale des études à 2660 heures décomposées en 1435 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie et 1225 heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie. Les médecins, masseurs kinésithérapeutes peuvent obtenir le diplôme d'ostéopathie après une formation minimale de 1225 heures. Aucune indication n'est donnée sur le contenu exact des programmes de formation puisqu'aucun référentiel précis n'est défini dans les textes. Seul le dernier alinéa de l'article 3 mentionne : « *Tout enseignement relatif à une approche viscérale ou cranio-sacrée, à des pratiques se rapportant à la sphère uro-génitale ainsi qu'à une pratique de l'ostéopathie chez la femme enceinte est strictement exclu de la formation* »²⁷. Il sera annulé par le Conseil d'Etat suite à un contentieux sur les actes dont l'enseignement est interdit²⁸.

L'autre partie du décret énumère les conditions que doivent remplir les écoles pour l'obtention d'un agrément²⁹. Celui-ci est délivré par le Ministère de la santé pour une durée de quatre ans. Suite à la parution de ce décret, une commission d'agrément est mise en place mais les conditions requises étant imprécises, la quasi totalité des écoles non reconnues en premier lieu finissent par l'obtenir suite à plusieurs commissions de rattrapage laissant présager de nombreuses pressions de toutes parts.

Le 21 juillet 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HSPT) modifie l'article 75 de la loi Kouchner et porte le nombre d'heures minimal de formation des futurs ostéopathes à 3520 heures³⁰. En l'absence de nouveaux textes d'application, cette disposition n'est pas encore mise en œuvre.

La même année, la ministre de la santé Roselyne Bachelot commande à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) une « analyse assortie de propositions des forces et faiblesses du dispositif légal et réglementaire actuel

²⁵ Décret du 25 mars 2007 www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do

²⁶ Décret du 25 mars 2007 www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do

²⁷ Décret du 25 mars 2007 www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do

²⁸ Conseil d'Etat N°304 556 du 7 mai 2007

²⁹ Conseil d'Etat N°304 558 du 7 mai 2007

³⁰ Loi HSPT 2009

encadrant l'offre de formation initiale et continue en ostéopathie »³¹. Ce rapport de l'IGAS est remis au ministère en avril 2010 mais n'est publié que 2 ans après, en mai 2012 sous la pression des organisations professionnelles. Intitulé « *le dispositif de formation à l'ostéopathie* », il dresse un constat sévère sur l'hétérogénéité des cursus et critique le dispositif d'agrément des écoles insuffisamment exigeant. Cela conduit aujourd'hui à une situation alarmante avec une multiplication des écoles d'ostéopathie sur le territoire français générant et donc une démographie professionnelle alarmante.

1.2. Conséquences démographiques d'un « cadre réglementaire imprécis » :

La reconnaissance de l'ostéopathie par la loi Kouchner en 2002 et la parution des décrets la complétant en 2007 ont eu des conséquences démographiques considérables pour cette profession. En 10 ans, et surtout depuis 2007, nous assistons à un double phénomène sur le territoire français : d'une part, l'augmentation mal contrôlée des écoles de formation, tant en formation initiale qu'en formation continue et d'autre part la croissance exponentielle des ostéopathes formés.

Certes, la reconnaissance officielle de l'ostéopathie a eu pour effet bénéfique la croissance du nombre de patients recourant à cette pratique pour se soigner. Selon un sondage paru dans le journal « le Monde » en 1993, 1% seulement des Français font appel à l'ostéopathie. En 2003, 10% de nos compatriotes avouent y avoir eu recours et aujourd'hui, le nombre de patients consultant un ostéopathe continue de croître³². Selon un sondage « Opinion Way », paru en 2012, 20% des personnes interrogées déclarent avoir bénéficié d'une consultation chez un ostéopathe au cours des 12 derniers mois, soit un Français sur 5³³.

Cela démontre que les patients ont de plus en plus confiance dans les bienfaits de l'ostéopathie et qu'ils hésitent de moins en moins à y recourir. La position de la plupart des mutuelles de santé qui prennent en charge 1 à 2 consultations par an et par patient contribue aussi, de façon notable à la progression des actes ostéopathiques.

³¹ Lettre de mission Bachelot /lettre information CNOO3

³² Journal le Monde du 13 mars 1993

³³ Le Parisien le 8/03/2012

Malgré cette augmentation des consultations, la situation de la profession se dégrade faute d'avoir mis en place une réglementation précise sur le nombre d'écoles de formation et sur le nombre d'ostéopathes à former. Pas de numéris clausus, comme en médecine ou pharmacie, pas non plus de système de quotas comme chez les masseurs-kinésithérapeutes (MK) (limitation autour de 2000 du nombre de MK formés chaque année.)

Les conséquences de cette non-réglementation et du laxisme observé en 2007-2008 lors de la parution des décrets sont dramatiques. En 2008, une quinzaine d'écoles avait reçu, dans un premier temps, l'agrément mais, devant la protestation et le lobbying des écoles non reconnues et du fait de la division de la profession, l'agrément a été accordé largement. Aujourd'hui, selon le « ROF »³⁴, 78 écoles fonctionnent sur notre territoire. C'est de loin le record. La France seule en possède plus que le reste du monde cumulé. Le nombre d'ostéopathes formés explose, conduisant à une situation d'une gravité exceptionnelle, allant selon le « ROF » vers une « saturation professionnelle à l'aube de 2015 ». La situation est suffisamment sérieuse pour que l'IGAS (inspection générale santé) émette en 2011 un rapport cinglant, constatant la dérive de la profession et mentionnant l'urgence d'agir pour mettre fin aux pratiques actuelles.

Quelques chiffres sont nécessaires pour comprendre la situation :

-1990 : 400 à 500 ostéopathes exercent en France mais, à cette date, la pratique est encore illégale.

-2006 : 6000 ostéopathes en exercice, 60% d'entre eux sont des ostéopathes exclusifs.

-2008, création du fichier ADELI qui permet, à partir de l'enregistrement des professionnels à la DDASS, de connaître précisément le chiffre de la profession

-2009, le fichier ADELI fait état de 12000 ostéopathes en exercice dont 5600 exclusifs, 5000 MKO et 1200 médecins

-Janvier 2011, ADELI en recense 14500, soit plus 2500 par an. Pour information, le nombre de sortants des 39 écoles françaises de masseurs-kinésithérapeutes s'élève à 2000 seulement.

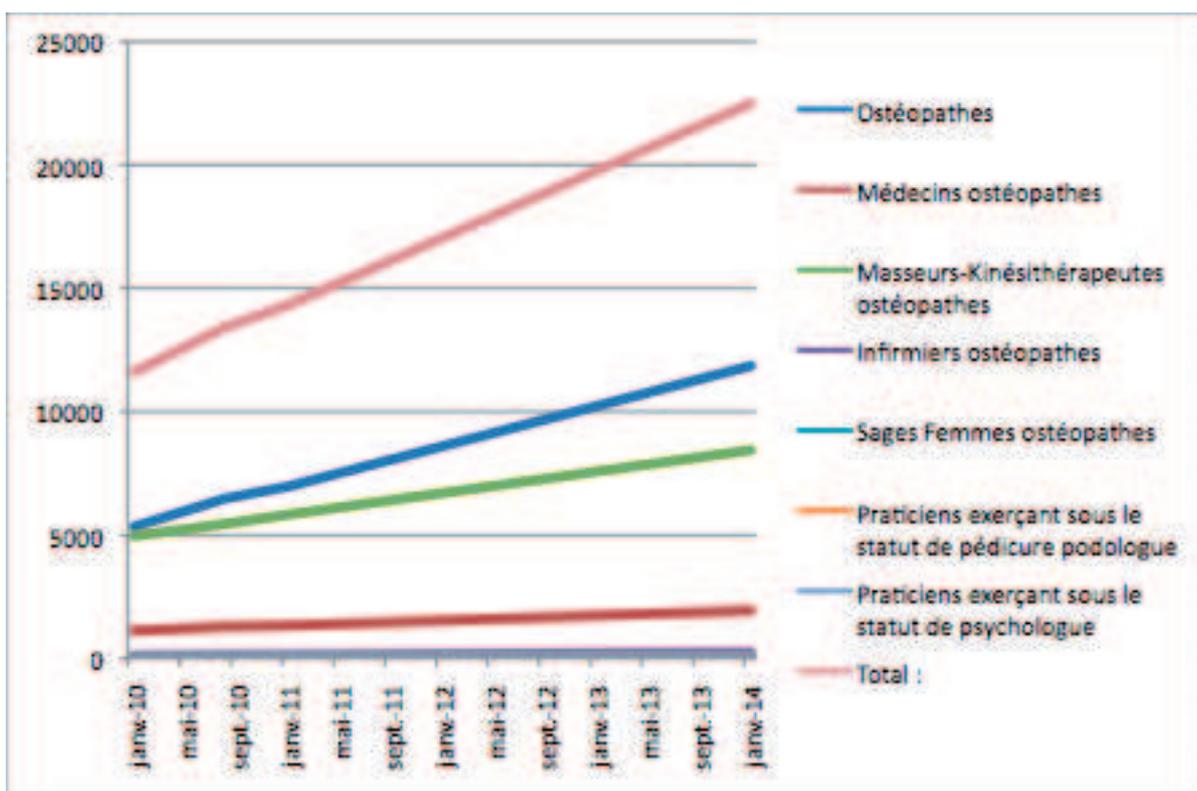
³⁴ « Newsletter N° 42, de septembre 2012,

–Le dernier chiffre connu est fourni par le ROF et il date de janvier 2012³⁵, 17156 ostéopathes diplômés, soit un ostéopathe pour 3791 habitants. La répartition actuelle est de 9045 exclusifs, dont 2074 supplémentaires pour la seule année 2011-2012. Cela correspond à la fin de cycle pour les étudiants formés à partir de la parution des décrets. 6493 sont ostéopathes MKO, soit 662 de plus par an, 1372 sont médecins et 246 issus d'une autre profession de santé.

–2013 : il faudra probablement en ajouter 3500

« Démographie des ostéopathes ; projection sur 3 ans

Si on extrapole sur la base de l'augmentation du nombre de praticiens depuis un an, nous pourrions être 17000 en janvier 2012, 19800 en janvier 2013 et 22500 en janvier 2014 »³⁶

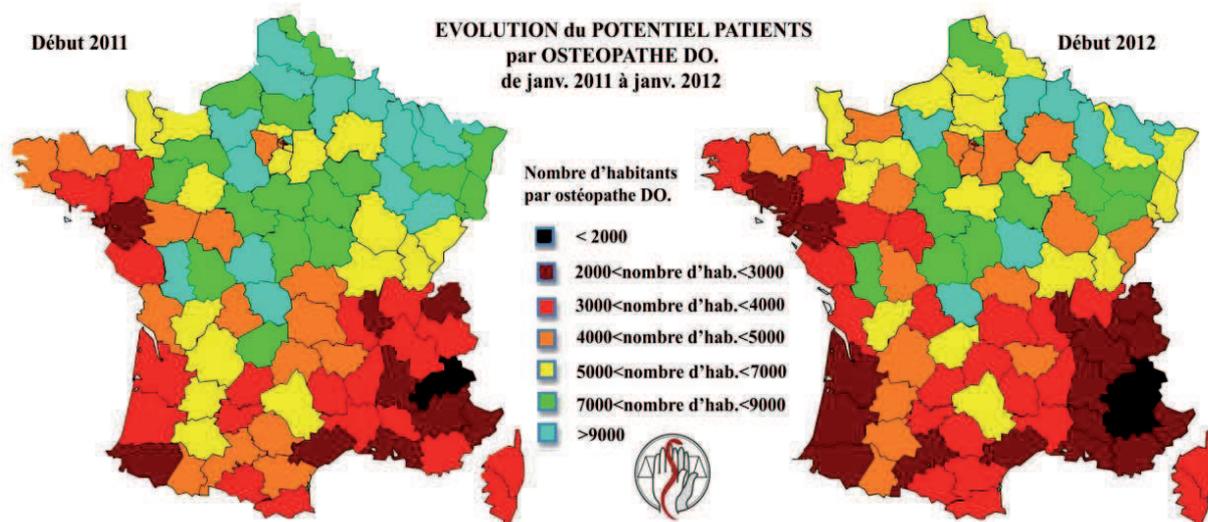


³⁵ Newsletter N° 12 du 6 février 2012

³⁶ Blog Javerliat, président du ROF 11 janvier 2011

Cette progression est le fruit de plusieurs facteurs : attrait pour une formation maintenant reconnue, demande en hausse des patients y ayant recours, forte incitation des écoles pour attirer les jeunes sans mise en garde sur la saturation de la profession, faible sélection et absence de concours d'entrée à la différence des autres professions de santé.

Sans régulation imposée par le législateur et « ou » par les professionnels organisés en « ordre » ou « syndicats professionnels », l'ostéopathie connaîtra une crise sans précédent. Les syndicats de la profession estiment la rentabilité d'un cabinet à 1000 patients par an et le seuil à ne pas dépasser serait pour eux d'un ostéopathe pour 5000 habitants. Nous sommes aujourd'hui le premier pays au monde pour le nombre d'ostéopathes en exercice et dès janvier 2011 nous observions une saturation dans 44 départements (ceux en orange, rouge et marron sur la carte en annexe). En janvier 2012, 56 départements ont atteint la côte d'alerte et il y en aura sans doute une vingtaine de plus en 2013. En un an, la courbe d'installation des praticiens ostéopathes suit une progression que le ROF qualifie « d'inexorable et morbide ». Les régions saturées, en plus de Paris, sont la région Rhône-Alpes, le croissant atlantique et le pourtour méditerranéen³⁷.



La gravité de la situation a conduit la profession à alerter les centres d'orientation pour les jeunes et l'Onisep pour qu'ils réactualisent leurs brochures et fiches d'orientation. Le but est d'alerter les jeunes et leurs parents sur les dangers

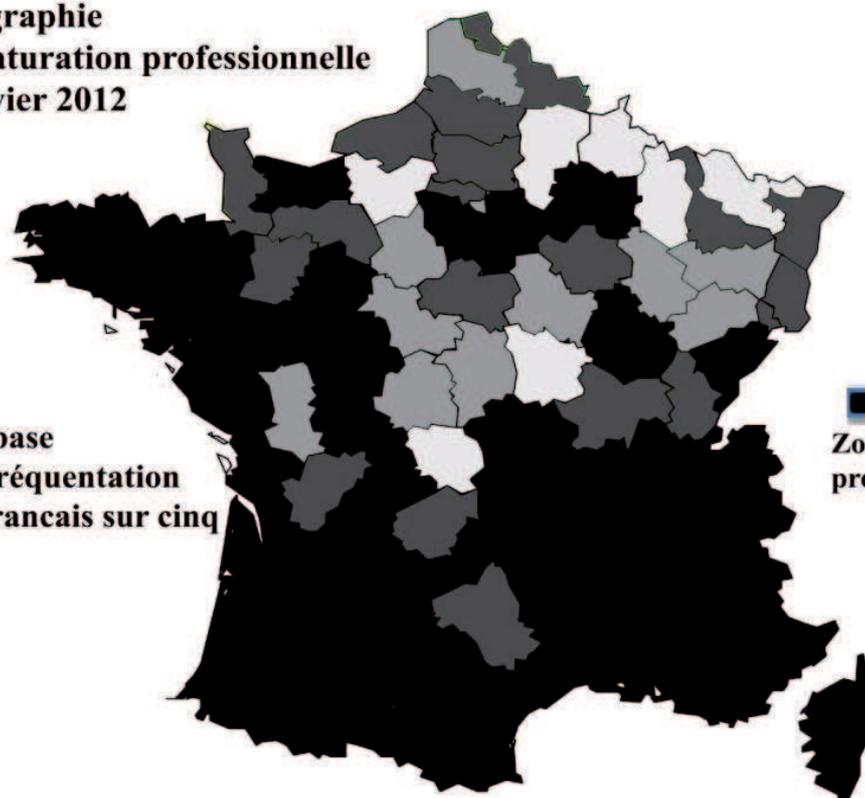
³⁷ [http : www.devenir-osteopathe.org/comprendre_la_situation](http://www.devenir-osteopathe.org/comprendre_la_situation)

d'une voie saturée, nécessitant 5 années d'études et un coût élevé. Cette évolution démographique inquiétante est aujourd'hui connue. Le récent rapport de l'IGAS la pointe et demande instamment que soient mises en place rapidement des mesures permettant de réduire le nombre de professionnels formés, d'améliorer la qualité de la formation, de l'uniformiser. Les décideurs politiques commencent aussi à s'inquiéter. Quelques députés ont ainsi en 2012 interrogé Madame la Ministre de la santé sur cette situation préoccupante. Madame la Ministre, dans sa réponse au Journal officiel du 18 septembre 2012 indique clairement que « les besoins de l'offre de soins doivent fixer le niveau de qualité requis et réguler le nombre de professionnels ». Elle ajoute dans cette même réponse qu'il est nécessaire « d'encadrer une pratique qui n'est pas sans risque ». Le ROF lui-même reconnaît dans sa lettre de Février 2012 que « nous sommes arrivés à une moyenne nationale de moins de 4000 habitants par ostéopathe. Les symptômes de surpopulation professionnelle se ressentent dans nos associations, dans nos relations avec nos confrères et nos revenus. »

Carte : ³⁸

Radiographie de la saturation professionnelle en janvier 2012

**sur la base
d'une fréquentation
d'un Français sur cinq**



**Zone de saturation
professionnelle**

³⁸ ROF Newsletter janvier 2012

A l'engouement pour la profession s'ajoute l'ouverture constante de nouvelles écoles ou de nouvelles places dans les écoles existantes. Ce phénomène atteint son paroxysme en 2012. Sans régulation rapide, une crise majeure verra le jour, pouvant aller jusqu'à la remise en cause du sérieux de la profession. Pour le ROF, les « dérives actuelles sont contraires à l'enseignement de nos pairs et à la sécurité de nos patients. ». Cet accroissement du nombre de praticiens et la liberté d'installation propre à toutes les professions de santé fragilisent considérablement la viabilité économique des cabinets. 60% seulement des ostéopathes exclusifs disent vivre correctement de leur exercice alors que 80% des MKO disent ne pas pouvoir en vivre et considèrent l'ostéopathie comme une activité annexe, voire complémentaire de la kinésithérapie³⁹. En ce qui concerne les médecins ostéopathes, 50% d'entre eux seulement y consacrent la moitié de leur temps et 25% déclarent ne jamais pratiquer l'ostéopathie dans leur cabinet⁴⁰.

Du fait d'une concurrence exacerbée et de la multiplication des cabinets libéraux, beaucoup d'ostéopathes se plaignent de voir leur chiffre d'affaires diminuer et s'inquiètent pour l'avenir.

Pour compléter cette analyse sur la démographie, il faut insister sur la montée en puissance du nombre d'écoles : 78 à ce jour dont une soixantaine agréée. 11000 étudiants sont actuellement en formation, ce qui veut dire que les chiffres de praticiens diplômés vont continuer de croître rapidement. La France est, de loin, le pays possédant le plus de centres de formation ; 70% des écoles d'ostéopathie dans le monde sont localisées en France. Par comparaison, le nombre d'écoles dans les pays voisins est très faible : 1 en Espagne, 2 en Autriche, 2 aux Pays-Bas, 2 en Suède, 3 en Belgique, 10 au Royaume-Uni, et 26 aux Etats-Unis berceau de l'ostéopathie⁴¹.

Non seulement, le nombre d'écoles augmente mais les places ouvertes dans plusieurs d'entre elles ne cessent de progresser. Il y a urgence à réformer cette situation, à

³⁹ Observatoire socio-économique de l'ostéopathie 2010

⁴⁰ Rapport Ostéopathie sur les médecins ostéopathes publié en 2011 : Leslie Bezar, Marc Chauvin, Jean-Edmond Drumare

⁴¹ Mémoire sur l'ostéopathie dans le monde soutenu en 2011 à l'ISFO de Lyon par A. Le Clerc et N. Roudet

uniformiser le contenu et la durée des formations, à s'assurer de la qualité de certaines d'entre elles.

1.3. Comparaison avec d'autres professions de santé

Une comparaison avec d'autres professions de santé s'avère intéressante et peut donner quelques pistes pour réformer la situation actuelle de l'ostéopathie. Aujourd'hui, le débat se concentre non pas sur la hausse incontrôlée des effectifs mais plutôt sur les déserts médicaux ou paramédicaux. Les préoccupations des Ordres, syndicats professionnels, élus locaux ou nationaux sont tournées vers une répartition plus équilibrée des professionnels dans les territoires. Actuellement, pour quasiment toutes les professions de santé, la carte de répartition des différents praticiens est conforme à celle des ostéopathes : surnombre dans les grandes métropoles, dans les régions méditerranéennes en bordure de l'arc atlantique et en Rhône-Alpes. Le déficit se concentre dans les banlieues sensibles et dans les régions les moins attractives comme la Picardie, la Champagne-Ardenne, idem dans les espaces ruraux comme le grand massif Central.

Les données ADELI de 2010 nous permettent une comparaison avec l'ostéopathie. Avec ses 65 millions d'habitants, la France dispose en moyenne de :

- 320 médecins pour 100000 habitants
- 119 pharmaciens
- 66 dentistes
- 110 masseurs kinésithérapeutes
- 33 sages-femmes
- 12 ergothérapeutes
- 18 pédicures-podologues
- 26 ostéopathes.

Pour l'ensemble des professions, la pénurie globale n'existe pas. Le nombre de médecins par habitant ne cesse d'augmenter depuis quelques années malgré l'accroissement de la population. Mais deux phénomènes inquiétants viennent donner

l'impression du manque de professionnels. D'abord, le vieillissement de la population nécessite de plus en plus de soins et augmente la charge des professionnels. Puis, la répartition des médecins sur le territoire est très inégale et entraîne une véritable désertification de certaines zones⁴². De véritables poches de dévitalisation se constituent et l'offre de soins n'est plus satisfaisante dans les espaces dits sensibles, qu'ils soient urbains ou ruraux. La totale liberté d'installation qui caractérise les professions de santé en France conduit à cette inégale répartition. L'absence de régulation, refusée par nos dirigeants, et la non prise en compte, jusqu'à une période récente, des problématiques d'installation conduisent aujourd'hui à ce dysfonctionnement : trop plein dans les zones attractives et déficit dans les espaces plus difficiles à vivre. Ce phénomène ne touche pas que les médecins. Il concerne aussi les dentistes, les pharmaciens, les sages femmes, les masseurs-kinésithérapeutes. Certaines professions, conscientes des problèmes, ont mis en place un système de correction. Ainsi, les infirmiers libéraux sont aujourd'hui régis par la convention signée en avril 2009 par les représentants des syndicats professionnels et l'assurance maladie (avenant N°1 d'avril 2009)⁴³. Celle-ci a pour objet de contrôler les installations nouvelles selon les densités observées. Des incitations à l'installation vers les zones sous dotées sont accordées : exonération de certaines charges sociales, hausse des indemnités de déplacement, aide de 3000 euros pendant 3 ans pour celles et ceux qui s'installent dans ces contrées mal desservies. L'accord de 2009 a déjà donné des résultats positifs : recul des effectifs d'infirmiers libéraux dans les zones sur dotées et hausse de 11% dans les espaces sous dotées⁴⁴.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la problématique d'installation est identique. Sur le modèle de la convention précédente, les professionnels représentés par leurs syndicats et l'assurance maladie ont signé un accord qui commence à s'appliquer. En contrepartie d'une revalorisation des actes, un encadrement de la liberté d'installation est mis en place. Les kinésithérapeutes ne pourront plus s'installer dans les zones où ils sont trop nombreux, sauf s'ils reprennent la patientèle

⁴² Rapport du CESER de Basse Normandie : les professions de santé en Basse-Normandie, octobre 2011.

⁴³ www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do

⁴⁴ CESER de Basse Normandie : les professions de santé en Basse Normandie, octobre 2011

d'un confrère partant à la retraite ou quittant la région. Dans les zones en déficit, l'assurance maladie propose une enveloppe de 3000 euros/an pendant 3 ans pour faciliter l'installation, ainsi que la prise en charge partielle des charges sociales. Pour les kinésithérapeutes, il est aussi possible d'envisager une correction de l'inégale répartition avec la mise en place de la réforme LMD. Celle-ci impliquerait l'uniformisation des recrutements pour aboutir à un niveau master revendiqué par la profession. Il reposera probablement sur le PACES⁴⁵ santé contrôlé par l'Université. L'entrée dans les écoles se fera alors après une année universitaire en Médecine (c'est déjà le cas pour la moitié des écoles) et un *numerus clausus* limitera le nombre d'étudiants. Il sera possible de libérer plus de places dans les régions en déficit et inversement de les réduire dans les régions bien pourvues. Il existe une corrélation étroite et avérée entre l'origine géographique des candidats, le lieu d'accomplissement des études et le choix d'installation.

Autre différence essentielle avec l'ostéopathie, l'ensemble des professions de santé contrôle l'accès à la formation, soit par un concours d'entrée limitant le nombre de places, soit par un *numerus clausus* à l'issue d'une première année universitaire. Cela présente un double avantage : l'uniformisation du niveau d'entrée des étudiants et l'adéquation entre l'offre et la demande pour la profession.

Cette rapide évocation des problèmes de quelques professions de santé et des solutions mises en place pour une plus juste répartition des soignants peut servir d'exemple pour réguler la profession d'ostéopathes. Celle-ci est confrontée à la fois à une explosion du nombre d'ostéopathes formés et à une saturation totale du nombre de cabinets dans certaines régions. La profession aujourd'hui forme trop : trop d'écoles, trop d'étudiants, trop de diplômés. Cela induit une viabilité économique impossible pour une grande majorité de jeunes qui s'installent après cinq à six années d'études au coût élevé. Il est donc nécessaire de revenir sur les décrets de 2007 qui ont permis l'agrément de tant d'écoles. La profession doit aussi envisager soit un *numerus clausus* soit un concours donnant accès à ces écoles. Il faudra sans doute aussi encadrer la liberté d'installation sinon le trop plein d'ostéopathes conduira à une concurrence néfaste et à des pratiques éloignées de l'ostéopathie. Ceci s'observe déjà avec des praticiens qui combinent ostéopathie et esthétique ou ostéopathie et massage. Certains en viennent même à se brader en proposant des soins sur Groupon

⁴⁵ PACES : première année commune aux études de santé

(site de commerce électronique basé sur un concept d'achat groupé). On assiste à une remise en cause de la déontologie même de la profession d'ostéopathe, c'est à dire de ses règles, de ses valeurs et de son éthique.

2. Pour la mise en place d'une formation homogène, de qualité et reconnue :

La prise de conscience de la situation démographique catastrophique de la profession d'ostéopathes est aujourd'hui partagée par les professionnels en exercice, les étudiants en formation et le ministère de tutelle. Le rapport de l'IGAS consacré à l'ostéopathie est, à ce sujet, particulièrement clair. Face à cette situation, les acteurs commencent à réagir et à s'organiser. Un collectif, l'UPO⁴⁶, unité pour l'ostéopathie, vient de se mettre en place le 15 novembre 2012. Il regroupe huit organisations affirmant rassembler 1/3 des ostéopathes, 14 établissements d'enseignement, un millier d'enseignants, et près de 5000 étudiants. Son objectif est d'agir dans l'intérêt de la profession, d'améliorer et de contrôler la formation. De son côté le ministère des affaires sociales, par la voix de Madame la Ministre le 29 novembre 2012, déclare clairement avoir pris conscience de la gravité de la situation et s'engage à prendre des mesures : « les conditions de formation en ostéopathie, et notamment d'agrément des écoles, requièrent toute l'attention du gouvernement (...) L'augmentation du nombre d'écoles et de professionnels en exercice pose un réel risque en matière de santé. »⁴⁷

Pourtant, cette situation plus que préoccupante ne semble pas avoir atteint les responsables des écoles de formation qui continuent de demander de nouveaux agréments, faisant de la France, et de loin, la championne du monde en la matière. Il y a cependant urgence à agir. Fin 2012, le MROF, l'un des syndicats de la profession, estime la couverture du territoire national saturée à 80%.⁴⁸ (Voir cartes couverture du territoire). De 2012 à 2017, il sortira des écoles autant de

⁴⁶ UPO : collectif « unité pour l'ostéopathie », créé en novembre 2012

⁴⁷ [http : // www.ostéopathie.org/125-madame-la-ministre-des-affaires-sociales](http://www.ostéopathie.org/125-madame-la-ministre-des-affaires-sociales)

⁴⁸ Newsletter n°14 du MROF parue le 16 janvier 2013

nouveaux diplômés que d'ostéopathes en exercice actuellement. Même si l'engouement pour l'ostéopathie continue, il sera insuffisant pour assurer du travail à tous.

Face à cette situation, il convient de s'interroger sur le pourquoi d'une telle évolution, de faire un état des lieux de la formation et de préciser les conditions d'une formation de qualité.

2.1. L'état des lieux de la formation

Rappelons au préalable que, depuis sa légalisation en 2002, et surtout depuis les arrêtés de mars 2007, le diplôme d'ostéopathe doit être préparé dans des établissements agréés par le ministère de la Santé. Trois types d'établissements existent :

- ceux réservés à la formation initiale
- ceux proposant une formation par alternance réservée aux professionnels de santé
- ceux réservés aux médecins souhaitant une formation complémentaire en ostéopathie (DU, DIU) .

2.1.1. La formation initiale

La formation initiale s'adresse aux bacheliers souhaitant devenir ostéopathe et n'ayant pas suivi de formation dans le domaine de la santé. Ils deviendront, à l'issue de leur cursus de 4 à 6 ans, des ostéopathes exclusifs. A l'entrée des écoles, ils sont recrutés suite à des tests, des entretiens et rarement après concours d'entrée. Le diplôme d'ostéopathe est délivré dans les écoles ayant reçu l'agrément et répondant aux normes imposées par l'arrêté de 2007 : un minimum de 2660 heures d'enseignement et de trois années de formation. Les 2660 heures sont décomposées en 1435 heures d'enseignement théorique des sciences fondamentales et de biologie et en 1225 heures d'enseignement théorique et pratique de l'ostéopathie. Signalons que les syndicats professionnels considèrent ce nombre d'heures très insuffisant. Ils préconisent les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (4500 h et 5 années de formation).

Le diplôme obtenu n'est pas un diplôme d'État mais un diplôme d'école ou

de groupe d'écoles. Il ne donne aucune équivalence de type universitaire permettant une assimilation ou passerelle entre les études d'ostéopathie et d'autres cursus universitaires ou de profession de santé.

Précisons que certaines écoles n'ayant pas reçu l'agrément et qui continuent de proposer une formation en ostéopathie ne peuvent délivrer un diplôme d'ostéopathe à leurs étudiants. Ceux-ci ne peuvent appliquer sur leur cabinet une plaque d'ostéopathe mais peuvent toutefois exercer sous un autre titre : « thérapie manuelle » par exemple.

Tous les ostéopathes formés dans les écoles agréées et ayant obtenu leur diplôme doivent s'inscrire sur le registre officiel ADELI spécifique des ostéopathes.

Il n'existe pas de *numerus clausus* en ostéopathie, c'est à dire qu'on ne fixe pas comme en médecine, pharmacie ou en kinésithérapie, un nombre maximum d'étudiants pouvant intégrer chaque année la formation. En conséquence, le nombre d'écoles prolifère. De plus, contrairement au souhait de la profession, aux engagements du ministère de tutelle et aux recommandations de l'IGAS en 2012, la commission nationale des agréments (CNA) continue de valider de nouvelles ouvertures. Soulignons que la commission n'a qu'un rôle consultatif. Le ministère délivre les agréments même contre l'avis de celle-ci. Pour la seule année 2012, dix agréments supplémentaires ont été accordés par trois arrêtés successifs⁴⁹, puis cinq début 2013. Cela porte à trente (situation au 31 décembre 2012) le nombre d'écoles de formation initiale.⁵⁰

Cette prolifération du nombre d'établissements, curieusement validée par la commission, conduit aujourd'hui des professionnels de l'orientation post BAC à alerter les jeunes sur les dangers d'une telle orientation. La fiche métier de l'ONISEP⁵¹ 2012 indique clairement la saturation de la profession : « l'ostéopathie est une discipline de santé dont le nombre de professionnels n'a cessé de croître. En raison de cette démographie galopante, les débuts d'un jeune diplômé sont difficiles.⁵² ». La revue « l'Étudiant », également spécialisée et

⁴⁹ Site du MROF www.devenir-osteopathe.org/formation_osteopathie

⁵⁰ Voir liste en annexe 2

⁵¹ ONISEP : Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions

⁵² Site ONISEP : www.onisep.fr/ressources/univers-metier/metiers/osteopathie

reconnue pour ses conseils d'orientation en direction des jeunes des lycées et des universités, a profondément évolué dans ses recommandations. En 2008 aucune mise en garde en direction des futurs étudiants et aucune crainte pour l'avenir de celles et ceux qui opteraient pour cette formation. Changement de ton en 2012 puisque leur fiche métier indique : « le marché de l'ostéopathie frôle la saturation. En cause notamment la procédure d'agrément jugée peu rigoureuse : les critères utilisés sont trop flous pas assez exigeants.⁵³ » Pour aider les futurs étudiants dans leur choix d'écoles, le site a établi un dossier comparatif des écoles d'ostéopathes. L'objectif est de conseiller les élèves pour bien choisir. Vingt-huit écoles agréées ont été passées au crible à partir d'un questionnaire envoyé aux établissements formateurs et portant sur l'année 2011 2012 (site l-etudiant.fr/métiers/avenir-santé).

A ce jour, trente écoles agréées offrent une formation initiale et recrutent des élèves ayant le baccalauréat. La sélection se fait à partir de tests ou d'entretien. Parmi ces écoles, dix seulement sont inscrites au répertoire national des certifications professionnelles, niveau 1. Cela correspond à BAC+5. Ce critère est important car il répond à la fois à la durée d'enseignement préconisée par l'OMS (4500 h) et au niveau Master des universités. Par ailleurs seize écoles ont signé la charte Erasmus, signe d'ouverture vers l'international. Toutefois cela conduit dans les faits à des échanges très limités car le nombre d'écoles d'ostéopathes chez nos partenaires européens est nettement plus faible.

La durée des études dans ces trente écoles de formation initiale varie de trois à six ans, la grande majorité ayant opté pour cinq ou six années de formation. Le nombre d'heures dispensées varie de 5900 (Cergy Pontoise) à 2660 (Bayonne). Cinq se situent en dessous de 4200, chiffre jugé insuffisant par l'OMS et les syndicats professionnels.

Un autre critère important est celui du nombre d'étudiants accueilli en première année. Au premier septembre 2012, année où il semble qu'il y ait eu un tassement des entrants, celui ci varie de 28 (Montpellier et Pantin) à 160 (ISOTEO Lyon). Certaines écoles ont mis en place un *numerus clausus* (40 à Avignon) ou un maximum à ne pas dépasser (50 IOB Bordeaux). Ces écoles se servent de cet argument pour insister sur la qualité et le sérieux de leur formation.

⁵³ Revue « L'Étudiant » guide des études et des métiers 2013

Le coût de la formation initiale (coût scolarité sur un an) varie de 6870 € à 9500 €, la moyenne des écoles se situant autour de 8000 €. Si la plupart des établissements possèdent dans leurs locaux une clinique (27 sur 30), il est difficile d'obtenir des informations précises sur le nombre d'heures de stages incluses dans la formation et sur le nombre de patients réellement suivis pendant le cursus. Toutefois, dans un souci de transparence et sans doute aussi, pour convaincre les futurs étudiants du sérieux de leur école, 4 donnent ces informations sur le site de l'étudiant⁵⁴. Une autre évolution positive se dessine : plusieurs établissements passent ou ont passé des conventions avec les Universités locales. L'objectif est de permettre aux étudiants d'obtenir à la fois un DO (diplôme d'ostéopathe) et un DU (diplôme universitaire) ou encore mieux un master. Cela implique de se mettre aux normes et de se soumettre aux critères de l'Université : années d'études, volume d'heures enseignées, référentiels, enseignants diplômés chercheurs....

Enfin, concernant ces écoles de formation initiale, la localisation géographique, et ce n'est pas étonnant, recouvre précisément la carte des zones saturées en praticiens ostéopathes. Les écoles sont localisées très majoritairement dans le Sud-Sud-est, de Bordeaux-Bayonne à Nice-Lyon et en région parisienne. Quelques écoles dans le grand Ouest (2 à Nantes et une à Rennes), deux à Strasbourg et une à Lille. Des pans entiers du territoire ne sont pas couverts comme le Centre de la France, la Normandie, la Picardie. Précisons cependant que notre pays ne souffre pas du manque d'écoles, bien au contraire. Il faut plutôt songer à en fermer plutôt que d'en ouvrir de nouvelles.

2.1.2. Les écoles de formation par alternance

Aux trente écoles offrant la formation initiale, il convient d'ajouter les écoles agréées proposant la formation par alternance. Celle-ci est réservée aux professionnels de santé inscrits au livre 1er et aux titres 1 à VII du livre III du code de la santé publique⁵⁵. Fin 2012, 27 écoles disposent de cet agrément, dont

⁵⁴ Site : <http://www.letudiant.fr/metiers/avenir-sante/comparatif-des-ecoles-d-osteopathie-les-formations-agreees-passees-au-crible>

⁵⁵ Répartition des ostéopathes par statut professionnel, annexe 1

cinq qui viennent de l'obtenir par les arrêtés publiés fin 2012. Par ailleurs, 15 universités sont habilitées à délivrer un DU de médecine manuelle ostéopathique, diplôme jusqu'à peu réservé aux médecins diplômés ; à Bordeaux, il est aujourd'hui accessible à des kinésithérapeutes, sur dérogation. Cette formation peut se faire en 300 heures dispensées lors de plusieurs stages. Cinq écoles non universitaires sont aussi agréées pour former des médecins ostéopathes.⁵⁶

Les 27 écoles proposant la formation par alternance s'adressent aux professionnels de santé qui ont suivi une formation d'au moins 2600 heures ou trois années de formation et qui exercent une activité. Cela concerne particulièrement les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmiers... Pour ces professionnels, des dispenses partielles ou totales sont prévues. Les 1435 heures d'enseignement théorique des sciences fondamentales sont supprimées si l'on est médecin ou kiné et réduites pour les autres professions de santé (APS) en fonction du cursus préalablement suivi. En revanche, les 1225 heures minimum d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie demeurent obligatoires.

Cette formation est le plus souvent dispensée sous forme de sessions de 4 à 6 jours par mois, pendant 10 mois (septembre à juin). Le diplôme est validé à la fois par le contrôle continu de la totalité des unités de formation et souvent par un examen final incluant la soutenance d'un mémoire. Là encore, il faut insister sur la diversité des contenus et du volume horaire. Aux 1225 heures imposées par le décret, plusieurs écoles ajoutent des enseignements complémentaires spécifiques pouvant aller jusqu'à 1000 heures. Cette formation en alternance est la plus ancienne. Elle existait avant la reconnaissance officielle de l'ostéopathie et était réservée exclusivement aux professionnels de santé. C'était une formation libre, hétérogène, sans norme unitaire et sans cahier des charges précis. Depuis la reconnaissance officielle de l'ostéopathie, il est désormais exigé que cet enseignement ait lieu dans des centres de formation agréés par le ministère de la santé. Ces écoles délivrent un diplôme officiel après une formation de trois ans minimum. Les praticiens diplômés sont déclarés officiellement ostéopathes et inscrits sur le fichier ADELI. ,

⁵⁶ Liste annexe 2 et site du MROF www.devenir-osteopathe.org/formation_osteopathie

Le coût de la formation varie de 3100€ à 5180€, la moyenne se situant autour de 4500€. Pour les professionnels appartenant à la fonction hospitalière, une aide à la formation peut être obtenue (congrés formation gérés par ANFH⁵⁷). Pour ceux qui exercent en libéral, le coût de la formation peut être déduit des impôts.

Il est très difficile de trouver le nombre d'étudiants engagés dans ce cursus, peu d'écoles fournissant cette information. D'après Pascal Javerlat, président du ROF, le chiffre avoisinerait les 3000. Cela fait en moyenne 130 étudiants par établissement. Dans les faits, certaines écoles, celles de Paris et celles qui ont obtenu leur agrément dès 2007, en ont plus. D'une promotion à l'autre, les effectifs varient davantage que dans la formation initiale. Les étudiants qui exercent une activité n'obéissent pas à la même logique qu'un jeune au sortir du lycée. Il faut aussi tenir compte de la proximité de l'école ou de ses facilités d'accès pour ceux qui doivent venir suivre les cours tous les mois et ce, pendant 4, 5 ou 6 ans. Toutefois, la carte d'implantation des écoles par alternance est assez proche de celle de la formation initiale⁵⁸. Certaines écoles offrent, dans les mêmes locaux, formation initiale et formation par alternance, les salles et la clinique sont libérées la semaine d'alternance par les étudiants de la formation initiale. L'encadrement enseignant est souvent très proche. D'autres écoles sont spécifiques à la formation par alternance.

2.1.3. La question des agréments

L'état des lieux présenté permet de mettre en évidence la multiplicité des écoles proposant aujourd'hui une offre de formation supérieure à la demande. Pourtant, toutes ces écoles ont obtenu entre 2007 et aujourd'hui un agrément auprès de la CNA, commission nationale d'agrément. En légalisant en 2002 la profession et en publiant les décrets en 2007, l'enseignement de l'ostéopathie est devenu une manne. Aucun numérus clausus, pas de sélection des étudiants, un coût d'études très élevé. Certaines écoles appartiennent à des fonds de pension. En 2009, la société de capital

⁵⁷ ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

⁵⁸ Liste en annexe et site du MROF www.devenir-osteopathe.org/formation_osteopathie

investissement OCTANT PARTENAIRE, dont un de ses dirigeants Mr Zolade est une des plus grosses fortunes de France (classement Challenges), décide de se diversifier à travers sa filiale Novétude. Après avoir investi dans les cours privés de préparation aux concours d'entrée des études de santé, elle se tourne vers les écoles d'ostéopathie jugées très rentables. OCTANT devient alors actionnaire majoritaire de 5 écoles en France : COS, ITO, Inso Aix, IPEO et Eurosteo.

Selon le journal Sud-Ouest⁵⁹ qui a enquêté en avril 2012 sur le sujet, après l'annonce de l'ouverture d'une seconde école sur Bordeaux (Sud Ouest du 21/04/2012 : le grand flou de l'ostéopathie). Le journal révèle le lobbying politique qui a précédé l'agrément de cette école alors que sur la ville, il y avait 4 ostéopathes en 1992 et qu'il y en a 300 en exercice aujourd'hui. Le vrai problème, c'est qu'aujourd'hui les écoles d'ostéopathie, tout comme les cabinets sont régis par les seules lois du commerce et qu'en l'état aucune régulation n'est envisageable. Les écoles continuent de surfer sur l'engouement des Français pour l'ostéopathie et sur l'assurance affichée d'offrir un diplôme à ceux qui suivront la formation. Aujourd'hui, les établissements n'alertent pas sur la saturation du métier et communiquent très peu sur le devenir des jeunes diplômés. Comme les écoles ont obtenu des agréments et sont donc reconnues et habilitées à fonctionner, il est clair que l'un des problèmes majeurs trouve son origine dans la commission d'agrément. En 2007, lorsque les décrets d'application paraissent, la commission se montre stricte dans la distribution des validations. Une quinzaine d'écoles, tant de formation initiale que de formation par alternance, sont reconnues. Les écoles refusées l'obtiendront sur recours gracieux et en s'appuyant sur la législation européenne beaucoup plus conciliante.

Cette situation favorable permettra à de nombreuses nouvelles écoles de naître et d'obtenir un agrément dans les années suivantes. Cela est encore vrai en 2012, nous l'avons vu précédemment, malgré les mises en garde des professionnels. Les dysfonctionnements de la commission ont été clairement mis en évidence par le dernier rapport de l'IGAS. Dans la synthèse du rapport, nous lisons ceci : « le nombre des écoles a augmenté considérablement du fait de l'importance des recours de la part des promoteurs. L'afflux des contentieux et le volume extrêmement élevé de jugements contraires à l'administration, ont ainsi conduit à des agréments ministériels alors que la commission avait émis des avis défavorables, situation conduisant à une

⁵⁹ Journal Sud Ouest du 21 avril 2012

véritable dé-crédibilisation de la procédure⁶⁰ ». Le rapport de l'IGAS est particulièrement cinglant et il propose 18 recommandations⁶¹ dont plus de la moitié concernent les procédures d'agrément. Au moment de l'écriture du rapport, il n'y en avait que 45 d'agrées contre près de 60 aujourd'hui. Concernant l'évolution des procédures et pour se prémunir contre les excès actuels, l'IGAS recommande que les écoles respectent un cahier des charges précis et uniforme :

- Un nombre maximum d'élèves en 1ère année et nécessité d'un nouvel agrément si augmentation du chiffre ;
- L'obligation pour les écoles de fournir des attestations de conformité des locaux et signalement de tout changement de locaux
- Transparence sur le coût de la formation et transparence des budgets de fonctionnement
- Obligation pour les écoles d'enseignants qualifiés, tous inscrits sur le fichier ADELI des enseignants ostéopathes
- Engagement des écoles vers une véritable démarche d'évaluation de la qualité de l'enseignement dispensé
- Encadrement strict des stages avec signature d'une convention entre école, maître de stage et étudiant précisant les conditions de validation du stage
- Fixation d'un volume d'heures minimal pour la pratique clinique, définition de ratios d'encadrement pour les enseignements pratiques en établissement et stages extérieurs.
- Changer la composition de la CNA et en améliorer le fonctionnement⁶² .

Toutes ces recommandations viennent après observation de la situation préoccupante dans laquelle se débat l'ostéopathie, faute de régulation acceptée par la profession ou imposée par le ministère de tutelle. Elles visent à recadrer clairement les agréments distribués, à diminuer le nombre des écoles agrées, pour la sécurité des usagers et la qualité de la formation des futurs ostéopathes.

En s'appuyant sur des normes précises, imposées et acceptées par tous, en empêchant au maximum les litiges juridiques, il est possible d'envisager un

⁶⁰ Rapport IGAS, synthèse page 3

⁶¹ Les 18 propositions de l'IGAS, annexe 2

⁶² Recommandations de l'IGAS, n° 1 à 16

assainissement de la situation. Cela prendra du temps mais c'est vital et urgent.

Améliorer la situation passe non seulement par la réduction du nombre des écoles, la réduction de leurs effectifs, la mise en place d'un numerus clausus mais aussi par l'amélioration de la formation initiale, par alternance et continue. Le gouvernement s'y est engagé mais les décisions tardent même si la Ministre déclare le 29 novembre 2012 aux parlementaires : « sur la base du rapport rendu par l'IGAS, le gouvernement va réengager très rapidement un travail sur l'encadrement réglementaire de l'exercice tant sur le volet formation que sur l'encadrement des écoles.⁶³ »

2.2. Quels critères pour une formation de qualité ?

Comme nous l'avons noté précédemment, le rapport de l'IGAS dresse un constat sévère et pointe plusieurs dysfonctionnements, notamment un dispositif d'agrément des écoles insuffisamment exigeant. Cette procédure est en effet jugée par l'IGAS « *mal organisée, insuffisamment précise et de faible qualité juridique* ». Les contrôles effectués montrent « *la disparité des formations et mettent en relief la faible qualité de certaines écoles* »⁶⁴. Il s'avère donc urgent de réfléchir à une harmonisation du cursus ostéopathique avec pour maître mot la qualité. Cela passe par une obligation de se tenir à un référentiel de formation précis avec un volume horaire donné, une précision concrète de ce que doivent être les temps de formation pratique et théorique. Ceci implique également une plus grande rigueur dans le recrutement des formateurs et dans l'encadrement des stages.

2.2.1. Volume horaire et contenu de la formation

« *Les exigences réglementaires actuelles sont extrêmement sommaires, limitées à des volumes horaires globaux sans énoncé un tant soit peu détaillé des contenus*

⁶³ Réponse de Madame la Ministre aux Parlementaires le 29 novembre 2012

⁶⁴ Rapport de l'IGAS, page 7

*des matières à enseigner »*⁶⁵

L'absence de réglementation détaillée sur le contenu des programmes est à l'origine d'une multitude d'interprétations différentes selon les écoles et aboutit à cette incohérence ; le même diplôme peut-être délivré après 3 ou 6 années d'étude ! Sur les 71 écoles en France, et particulièrement sur les 57 de formation initiale et de formation par alternance préparant au métier d'ostéopathe, « *une quinzaine d'établissements seulement forme des praticiens sérieux* », indique Philippe Sterlingot, président du Syndicat Français des Ostéopathes (SFDO)⁶⁶. Peu d'écoles se plient à la norme OMS de 4500 heures alors que, dans les autres pays, cette règle est davantage respectée⁶⁷. Il est dans l'intérêt de l'ostéopathie française d'y faire référence. C'est une question de crédibilité vis-à-vis du ministère de tutelle et cela ne peut être que bénéfique pour les patients.

Dans l'arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, la composition des 1435 heures d'enseignement théorique des sciences fondamentales et de biologie humaine est relativement précise. Elle se décompose en 6 unités de formation (UF)

UF 1 : physiologie, pathologie de l'enfant et de l'adulte (560 heures)

UF 2 : psychosociologie, éthique, déontologie, aspects médico-légaux (105 heures)

UF 3 : appareil locomoteur, traumatologie (315 heures)

UF 4 : système nerveux central et périphérique (245 heures)

UF 5 : appareil ostéo-articulaire (140 heures)

UF 6 : appareil cardio-vasculaire et respiratoire (70 heures)

En ce qui concerne le volet ostéopathique, les textes sont beaucoup moins détaillés. En effet, la partie « enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie » se compose de 3 unités de formation :

UF A : le concept et les techniques de l'ostéopathie (210 heures),

UF B : approche palpatoire et gestuelle de l'ostéopathie (315heures),

UF C : applications des techniques de l'ostéopathie au système musculo-squelettique

⁶⁵ Rapport IGAS, page 19

⁶⁶ « le monde –faire le ménage dans les écoles d'ostéo »

⁶⁷ comparatif des formations, annexe 3

et myofascial (700 heures).

Aucune précision n'est donnée sur le contenu exact de ces unités de formation. Le décret mentionne seulement dans chaque unité la part destinée à la pratique et celle destinée à la théorie. Pour l'UFA et l'UFC, il est notifié 1/3 de théorie pour 2/3 de pratique, alors que l'UFB n'est que pratique.

Selon l'IGAS qui a enquêté dans 4 écoles pour établir son rapport, « du point de vue qualitatif, les enseignements A-B-C recouvrent toutes les modalités possibles : cours magistraux relatifs aux concepts, travaux dirigés, travaux pratiques, stages d'observation (en milieu hospitalier, stages auprès d'un ostéopathe libéral exerçant en cabinet) et stages d'application.⁶⁸ »

Ceci démontre la très grande latitude laissée aux écoles et amène une nécessaire réflexion sur l'harmonisation des programmes.

C'est en réponse à ce rapport que le SNESO (Syndicat national de l'enseignement supérieur en ostéopathie) publie, en juin 2012, le premier référentiel français de formation par compétences en ostéopathie : « Véritable outil au service de la formation et de l'exercice, ce référentiel s'inscrit dans la droite ligne des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et servira à terme de référence à une législation plus rigoureuse garantissant la qualité des soins, la sécurité du patient et un exercice professionnel pérenne⁶⁹ ». Cet ouvrage, écrit par Jacques Tardif, docteur en psychologie de l'éducation et expert international sur le développement des compétences, est né d'une recherche pluridisciplinaire entre ostéopathes, enseignants et chercheurs. Il fait suite au travail initié par le SFDO en 2008 sur la rédaction d'un référentiel métier. Celui-ci décrit une profession avec ses spécificités, son identité, ses valeurs en formalisant des activités et compétences professionnelles. « Une compétence est une connaissance (savoir, savoir-faire, savoir-être) mobilisable, tirée généralement de l'expérience et nécessaire à l'exercice d'une activité ».

Six compétences sont définies dans ce référentiel de formation :⁷⁰

- Adopter une posture professionnelle conforme aux normes légales, réglementaires et déontologiques applicables à l'ostéopathie.

⁶⁸ Rapport IGAS, page 33

⁶⁹ Devenir ostéopathe-agir avec compétence de Jacques Tardif, mai 2012

⁷⁰ annexe 5

- Mettre en œuvre une alliance thérapeutique en répondant de manière judicieuse à la demande du patient
- Etablir un diagnostic d'opportunité ostéopathique fondé sur une démarche critique et systémique des données de l'anamnèse et des dysfonctions somatiques du patient
- Améliorer l'état de santé du patient par la mise en œuvre raisonnée d'un traitement ostéopathique
- Contribuer scientifiquement et qualitativement à l'évolution de la pratique ostéopathique
- Développer une activité professionnelle pérenne dans des conditions conformes à la pratique de l'ostéopathie

A chacune de ces compétences sont associées des trajectoires de développement qui vont puiser dans différents domaines de ressources (matières).

Exemple :

COMPETENCE : Améliorer l'état de santé du patient par la mise en œuvre raisonnée d'un traitement ostéopathique

TRAJECTOIRES DE DEVELOPPEMENT :

-Etablir des priorités de traitement entre les différentes dysfonctions somatiques identifiées

-Elaborer une stratégie de traitement ostéopathique appropriée à une typologie de patient destinée à restituer une mobilité physiologique.

Selon le référentiel, le parcours d'apprentissage d'un futur ostéopathe nécessite 4665 heures de formation décomposées en 9 domaines de ressource:

- Anatomie, physiologie et biomécanique humaines (770 heures)
- Sciences et pratiques associées à l'ostéopathie (1450 heures)
- Sciences cliniques et diagnostic d'opportunité (720 heures)
- Apprentissages cliniques en situation (1000 heures)

- Sciences fondamentales appliquées (190 heures)
- Méthodologie de la recherche (100 heures)
- Langue vivante étrangère (110 heures)
- Sciences humaines et communication (140 heures)
- économie, gestion, marketing, législation (70 heures)

Ainsi cet ouvrage, premier dans le genre, permet de définir précisément les étapes menant à la professionnalisation de l'étudiant en ostéopathie avec l'exigence nécessaire à l'exercice de cette profession. Quelques écoles tendent vers cette excellence mais la plupart d'entre elles sont très loin du but. Il est donc indispensable que le processus d'agrément des écoles se base sur un référentiel proche de ce qui est présenté ci-dessus, avec un volume horaire en conséquence, pour un nivellement vers le haut de l'offre de formation.

La formation ostéopathique doit se rapprocher du fonctionnement des universités avec des cursus identiques pour une meilleure reconnaissance du diplôme. En intégrant ce cursus, entre 2007 et 2011, les formations d'infirmiers, de sages-femmes, de masseurs-kinésithérapeutes se sont pliées à ces règles et fonctionnent avec les référentiels et les ECTS⁷¹. Cela permet à ces formations d'être reconnues tant en France qu'au niveau international. L'ostéopathie doit aller vers ce mode de fonctionnement.

2.2.2. Apprentissage pratique :

Autre point important souligné par l'IGAS dans son rapport de 2010 : p16

«S'agissant enfin de la phase pratique, les enseignements de la mission de contrôle montrent la faiblesse d'un texte ambitieux, mais insuffisamment contraignant, car mélangeant enseignement pratique en établissements, pratique clinique et stages cliniques sans donner de définition stricte de chacun de ces éléments ni de cadre précis destinés à définir les objectifs et le contenu exact d'un stage clinique⁷² »

⁷¹ ECTS : European Credits Transfer System

⁷² Rapport IGAS, page 16

Encore une fois, cette imprécision permet aux écoles des interprétations multiples, chacune justifiant à sa guise ces heures destinées à la pratique : stage chez des ostéopathes libéraux, dans des centres sportifs, dans leur propre cabinet pour les masseur-kinésithérapeutes et, pour les plus sérieuses d'entre elles, l'organisation d'une clinique interne aux écoles.

Le référentiel, lui, suit les recommandations de L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et revendique la nécessité de mettre en place 1000 heures minimum de pratique clinique, encadrées par des ostéopathes confirmés justifiant d'une expérience professionnelle conséquente. En effet, celles-ci doivent impérativement offrir dans leurs locaux des consultations cliniques ouvertes à des patients extérieurs et permettre aux étudiants de se retrouver en situation réelle de traitement. C'est sur ce temps qu'ils peuvent mettre en pratique l'ensemble de leurs acquisitions et se confronter à ce concept de globalité dans la prise en charge d'un patient en ostéopathie.

« Il s'agit principalement de l'accompagner dans ses apprentissages visant à :

- se familiariser avec la démarche clinique dans le respect de l'éthique et de la déontologie ;
- développer la conscience soignant/soigné ;
- formuler des hypothèses diagnostiques et des stratégies thérapeutiques ;
- acquérir un savoir faire gestuel dans le diagnostic et dans l'application des traitements ;
- développer l'analyse critique thérapeutique ;
- organiser et gérer l'activité professionnelle ;
- développer l'autoévaluation professionnelle. »

Pour les étudiants en formation initiale, 1000 heures paraissent effectivement nécessaires à la réalisation de tous ces objectifs pour générer des ostéopathes autonomes et compétents. En ce qui concerne les professionnels de santé en formation continue, l'application en cabinet des techniques apprises doit rentrer en compte dans les heures de pratique énoncées dans le référentiel. On parle d'« apprentissage expérientiel ⁷³» Mais attention, la prise en charge ostéopathique ne

⁷³ Mémoire Master 2 Jérôme Nourry : *Ingenierie en formation d'adultes à*

réside pas seulement dans une succession de techniques mais bien dans l'élaboration d'un raisonnement clinique, ce qui n'est pas toujours réalisable en cabinet de kinésithérapie par exemple. Un temps conséquent de pratique clinique à l'école s'avère donc indispensable. Il doit être encadré par des enseignants ostéopathes compétents, en nombre suffisant, accompagnés de médecins avec le même objectif final que pour les étudiants de formation initiale : la professionnalisation.

Concernant les stages effectués en dehors de l'école, ceux-ci doivent être l'objet d'une convention stricte précisant la qualité de l'encadrement : maître de stage formé, validation de stage, prise en charge de patients, rapport de stage.

2.2.3. La compétence des formateurs :

« Sur l'échantillon d'écoles contrôlées la mission a constaté que les qualifications des enseignants étaient dans l'ensemble modestes ; il s'agit plus souvent de praticiens ostéopathes que de spécialistes confirmés des matières qu'ils sont chargés d'enseigner. Beaucoup d'enseignants sont d'anciens élèves de l'école dans laquelle ils enseignent ; les enseignants d'origine ou disposant de titres universitaires sont rarissimes⁷⁴. »

Ce constat de l'IGAS ne peut être une surprise dans la mesure où la reconnaissance de la profession d'ostéopathe ne date que de 2002, que la plupart des écoles n'existent que depuis 2007, qu'aucun référentiel de formation n'est reconnu officiellement et qu'encore une fois la loi reste floue quant à la qualification des formateurs. Il s'avère très souvent que les jeunes diplômés deviennent moniteurs puis enseignants, certains sont des ostéopathes d'expérience, d'autres ont réalisé des écrits mais la transmission des savoirs n'en est pas pour autant facilitée.

La multiplication des écoles, ces dernières années, a conduit à des recrutements d'enseignants dans l'urgence. Nombreux formateurs manquent de pratique ou n'ont pas reçu de formation pédagogique. Enseigner est un métier qui s'apprend et qui nécessite des connaissances sur les techniques de la transmission du savoir. Pour une reconnaissance universitaire, il serait souhaitable qu'ils soient des enseignants

l'ostéopathie : quelles alternatives ?

⁷⁴ Rapport IGAS, page 29

chercheurs.

« Pour ne pas rester sur un corps enseignant autoproclamé, parce qu'un bon praticien ostéopathe ne fait pas systématiquement un bon pédagogue, parce que des notions élémentaires de pédagogie sont nécessaires à toute forme d'enseignement, parce que les mécanismes que tout enseignant à la pratique réflexive met en place de façon intuitive ont le plus souvent été pensés, réfléchis et conceptualisés par d'autres avant lui, et qu'il est nécessaire de les connaître, une formation de base à l'enseignement paraît indispensable⁷⁵ »

Plusieurs écoles font aujourd'hui ce constat et incitent leurs enseignants à augmenter leurs qualifications. En 2009, une association s'est créée, l'INREEP (Institut National de Recherche et d'Etudes sur l'Enseignement et les Pratiques en Ostéopathie) qui présente les objectifs suivants :

- promouvoir et /ou organiser la recherche sur l'enseignement et les pratiques en ostéopathie
- promouvoir et /ou organiser la formation des enseignants, la formation professionnelle continue et la validité des acquis d'expérience en ostéopathie
- élaborer ou mettre en place des partenariats avec des établissements de formation et des associations socio-professionnelles
- répondre aux demandes d'expertise sur la pédagogie, l'ingénierie et la stratégie de la formation en ostéopathie

Cet institut en collaboration avec l'université de Tours a donné naissance au DUHEPS ou Diplôme Universitaire des Hautes études de la Pratique Sociale - Mention – Formateur en Ostéopathie. Il s'agit d'un diplôme d'université de niveau bac +4 dont l'objectif est d' « offrir aux formateurs des écoles d'ostéopathie un outil diplômant de réflexion sur leurs pratiques de formation en transformant une problématique professionnelle en problématique de recherche⁷⁶». Il peut permettre l'entrée en 2^e année du Master Ingénierie de la Formation (sciences de l'éducation). Cette démarche va dans le bon sens, elle doit être reconnue et validée.

⁷⁵ Mémoire Jérôme Nourry page 226

⁷⁶ INREEP : www.formation-continue.univ-tours.fr/master-1-cadres-de-santé

2.3. Objectifs d'une telle formation :

Le nivellement vers le haut de la formation en ostéopathie ne peut-être que bénéfique et s'avère nécessaire à la pérennité de la profession. En effet, celle-ci est menacée par la pluralité des formations enseignées et la médiocrité affichée pour la plupart d'entre elles. Cela a pour conséquence une dégradation dans la prise en charge des patients, un dialogue compliqué avec le milieu médical et donc une reconnaissance difficile à obtenir.

2.3.1. La prise en charge des patients :

La multiplication des écoles et son incidence démographique sur le paysage français influent fortement sur l'image de l'ostéopathie auprès des patients. Plusieurs raisons sont à noter. Premièrement, la mauvaise qualité des formations dispensées par de nombreuses écoles génère des « ostéopathes » incompetents qui peuvent même se révéler dangereux. En effet, un grand nombre d'entre eux obtiennent leur diplôme sans même avoir intégré le concept de globalité, principe fondamental pour la mise en place d'un traitement ostéopathique. Ne disposant pas de tous les outils nécessaires à l'élaboration d'une consultation, leur efficacité s'en trouve forcément diminuée et le ressenti des patients est en conséquence. La résultante en est la transmission d'une mauvaise image de l'ostéopathie.

En second lieu, certaines techniques de manipulation, malheureusement encore enseignées, peuvent s'avérer douloureuses et mal vécues par les patients si elles sont réalisées par des praticiens novices ou médiocres.

De plus, la mauvaise technique utilisée au mauvais moment peut représenter un danger pour certaines personnes à risque. Le choix des techniques employées fait partie des compétences spécifiques de l'ostéopathe. Il est donc impératif qu'il soit correctement formé au diagnostic d'exclusion, c'est à dire qu'il soit capable de déceler les signes cliniques qui excluraient toute prise en charge ostéopathique. Pour cela, un ostéopathe doit posséder des connaissances précises en sémiologie. Elles lui permettront, après un interrogatoire consciencieux et les tests médicaux qui en découlent, de renoncer à certaines techniques ou même d'orienter le patient vers son médecin s'il lui paraît sortir de son champ de compétence.

Enfin, l'insécurité des soins est aussi accentuée par le manque de pratique. En effet, les ostéopathes fraîchement diplômés, bien que correctement formés pour certains, sont confrontés à une pénurie de travail du fait d'une concurrence exacerbée. Or l'absence d'exercice régulier entraîne une dégradation dans la qualité de la prise en charge des patients. Comme tout métier manuel, il nécessite précision, répétition, accumulation de sensations et seule l'expérience permet de développer l'autonomie et les compétences nécessaires au bon exercice de l'ostéopathie.

Le manque de lisibilité entre un ostéopathe compétent et un autre a forcément des conséquences néfastes sur l'image de l'ostéopathie auprès du public français et induit un comportement de méfiance pour le patient lambda.

2.3.2. Echange avec le milieu médical :

L'académie nationale de médecine publie en janvier 2006 un rapport cinglant sur la pratique de l'ostéopathie qu'elle qualifie de « psychothérapie manuelle ». « Elle souligne que les méthodes manuelles à visée diagnostique et thérapeutique prônées par l'ostéopathie s'appuient sur des a priori conceptuels dénués de tout fondement scientifique⁷⁷. » Ce rapport, élaboré en prévision de la rédaction des décrets relatifs à la Loi du 4 mars 2002, ne surprend personne compte tenu des relations plus que tendues entre les institutions médicales et l'ostéopathie depuis sa création, vaste sujet qui pourrait faire l'objet d'une étude à lui tout seul.

Pourtant, selon une enquête réalisée en 2008 auprès de 287 médecins généralistes de la région parisienne⁷⁸, il ressort que 71,4% d'entre eux ont déjà adressé des patients à des ostéopathes. Des chiffres confirmés en 2011⁷⁹, lors d'une autre étude en Loire Atlantique réalisée auprès de 120 médecins. Si un tiers d'entre eux n'a jamais dirigé de patients vers un ostéopathe, 94,6% affirment avoir déjà eu à s'exprimer sur l'ostéopathie au près de leurs patients. Selon un ostéopathe privé, 2% de sa patientèle était envoyée par des médecins en 1995 contre 20% en 2012.

Un fossé existe donc entre la non reconnaissance des institutions médicales et la

⁷⁷ Rapport du 10 janvier 2006 publié dans le bulletin académique n°1 page 221, 222

⁷⁸ Apostill N°21, article de L. de Laroulliere et T. Heimburger

⁷⁹Thèse de médecine générale de C. Dumoulin, page 8

réalité du terrain. De nombreux médecins sont sollicités quotidiennement sur la question de l'ostéopathie et le pourcentage de patients adressés s'avère conséquent. Contrairement au rapport de l'Académie, les médecins interrogés remettent en cause les ostéopathes plutôt que l'ostéopathie elle-même. Plusieurs critères sont cités : « l'efficacité (jugée sur les résultats obtenus chez le patient), un nombre de séances limités à 2 ou 3, des prix « honnêtes », un discours cohérent, un interrogatoire du patient avant toute manipulation, le respect de la règle de la non douleur, le fait de connaître ses limites, c'est-à-dire éventuellement de savoir ré adresser le patient au médecin».

Cette étude démontre encore une fois l'intérêt d'une uniformisation dans la qualité de la formation dispensée. Les médecins soulignent l'importance de l'interrogatoire et du diagnostic d'exclusion dans une consultation ostéopathique (cf 2.3.1) mais ils abordent aussi un problème récurrent participant à l'isolement des ostéopathes : le « discours » ostéopathique. Il est aujourd'hui indispensable que les ostéopathes fassent des progrès dans la communication avec leur patient et donc, par leur intermédiaire, avec le milieu médical. Ils se doivent d'abandonner un langage et des terminologies philosophiques pour utiliser un langage universitaire compris de tous. Cela implique une maîtrise des connaissances en anatomie et physiologie. Dans l'idéal, le patient n'aurait plus à faire l'intermédiaire entre médecins et ostéopathes. L'intégration des ostéopathes dans le système de santé français passe par une communication formelle entre médecins et ostéopathes, c'est-à-dire par la mise en place de courriers comme cela peut se pratiquer entre confrères ou entre médecins et auxiliaires médicaux. Bien qu'encore interdit, cet outil serait le gage d'une meilleure coordination dans la qualité des soins délivrés au patient mais cette communication ne pourra être possible que si les ostéopathes adoptent de manière unanime un langage médical et scientifique. Cela éviterait peut-être à l'académie de médecine ce constat réducteur : « L'engouement actuel pour l'ostéopathie s'explique facilement. L'ostéopathie utilise un langage simple, aisément compréhensible par tous. Les patients dotés d'un esprit plus critique lui trouvent même un charme apaisant, qui contraste avec la sécheresse scientifique du langage médical dont l'assimilation demande un réel effort.⁸⁰ »

⁸⁰ Rapport L. Auquier, académie nationale de médecine, page 2

Si l'ostéopathie fait chaque jour preuve de son utilité et de son efficacité en traitant naturellement les dysfonctions corporels que la médecine peine à soigner, elle reste pourtant méconnue du monde médical qui, au niveau de ses instances dirigeantes, lui refuse encore une reconnaissance. Celle-ci passe, en partie, et nous venons de le voir, par une formation rigoureuse se rapprochant le plus possible des règles universitaires. Cela nécessite également le développement de la recherche en ostéopathie, la parution de publications sur le résultat de ces recherches, et une véritable évaluation des pratiques.

Mais, pour être vraiment reconnue et pour envisager une intégration aux professions médicales, d'autres pistes doivent être explorées, tant au plan juridique et institutionnel que dans la recherche de liens étroits et complémentaires avec les professions de santé. Il faut progressivement amener le monde médical, les pouvoirs publics et les ostéopathes à poser les bases d'une collaboration efficace et pérenne, dans le cadre d'une transdisciplinarité au service des patients.

3. Vers une installation pérenne de l'ostéopathie dans le parcours de soin français ?

3.1. Intégration aux professions de santé

3.1.1. La nécessité d'un Ordre ostéopathique ?

Dans le contexte actuel, est-il souhaitable que l'ostéopathie mette en place un Ordre pour cette profession, tout comme il en existe pour les médecins, les masseurs kinésithérapeutes, les pharmaciens... Certes cela permettrait, en premier lieu, une officialisation d'une profession enfin d'accord pour avancer ensemble et défendre des intérêts communs. Cet Ordre, s'il se mettait en place, constituerait alors un véritable outil politique, capable de parler d'une seule et même voix, fort de ses 15000 professionnels. Mais, pour être vraiment crédible, la création de cet Ordre devrait regrouper tous les ostéopathes, sans distinction de formation, ni d'origine. Créer un Ordre, cela veut dire même profession, même qualification et reconnaissance du diplôme. Or il paraît difficilement envisageable de regrouper sous un même ordre des praticiens formés à temps plein en six ans et d'autres en seulement 300 heures à

moins de se résigner à un nivellement vers le bas de la profession.

Même si le premier objectif d'un ordre vise l'intérêt du patient par la qualité de sa prise en charge, il permet aussi de peser sur les décisions institutionnelles qui doivent être prises pour réguler la profession : nombre d'écoles, numéris clausus, référentiels de formation, niveau de qualification... L'Ordre est aussi un organe disciplinaire. Il définit les règles professionnelles, contrôle les diplômes, les écoles, la formation continue. Si cet Ordre unifié existait aujourd'hui, cela pèserait sans doute davantage et inciterait les pouvoirs publics à publier plus rapidement des décrets concernant les agréments des écoles, le nombre d'heures nécessaires à l'obtention du diplôme, le statut juridique de la profession. Cependant la création d'un ordre ostéopathique ne réglerait pas tous les problèmes. Des dysfonctionnements peuvent en découler : une certaine rigidité, une structure pesante qui s'imposera à tous et laissera peu d'autonomie à ses membres.

L'Ordre des médecins ou celui des masseurs-kinésithérapeutes prétendent œuvrer pour l'intérêt de leur profession mais très souvent ils défendent chacun des positions plutôt corporatives et peu novatrices. Ces exemples sont loin d'inciter à la fondation d'un Ordre des ostéopathes. Toutefois les avantages qui en découleraient méritent que les différentes composantes de la profession y réfléchissent.

Cela n'empêche pas la création de plusieurs syndicats, défendant des intérêts ou des lignes politiques différentes. L'expression de ces syndicats est libre et ils restent les interlocuteurs privilégiés des institutions.

Si les ostéopathes souhaitent devenir un maillon important, intégré aux professionnels de santé ils devront apparaître plus unifiés, plus solidaires et moins recroquevillés sur les intérêts particuliers de chaque composante. La formation de l'UPO, l'Unité Pour l'Ostéopathie, fondé le 15 novembre 2012 dans le but de favoriser le dialogue avec les pouvoirs publics et regroupant 8 syndicats ou organisations professionnelles, semble constituer une avancée même si encore une fois certains n'ont pas daigné l'intégrer.

3.1.2. Objectif : devenir une profession de santé reconnue

Lors des rencontres de l'ostéopathie en juin 2011 à Paris, les participants ont

affirmé que les ostéopathes avaient les cartes en main pour s'imposer comme un élément clé du système de santé. Cette affirmation doit être fortement nuancée même si la demande continue des patients peut les conforter.

Depuis sa reconnaissance officielle en mars 2002, l'ostéopathie n'a pas encore trouvé sa place dans le code de la santé publique. Elle n'est aujourd'hui codifiée ni comme une profession médicale ni comme une profession paramédicale. Lors du colloque du 28 mai 2011 : «L'ostéopathie : vers une profession de santé » l'un des intervenants, l'ostéopathe Fadi Dahdoud a clairement affirmé : « les professions médicales et paramédicales sont protégées par référence aux diplômes obtenus, à l'inscription à un ordre, au respect d'une déontologie et selon une sphère de compétences définies par les textes⁸¹. » Pour lui, l'ostéopathie doit s'orienter dans cette direction : formation rigoureuse avec référentiels, diplôme d'état commun, recherche scientifique poussée, engagement des professionnels à ne pas dépasser le cadre de leurs compétences, création d'un corps d'experts garantissant la qualité des soins et permettant de sécuriser les patients.

Aujourd'hui le statut juridique de la profession n'est pas très clair. Du fait de sa reconnaissance récente (2002) les articles traitant de problématiques juridiques sont peu nombreux.

Il n'existe pas beaucoup de contentieux et peu de jurisprudence. Selon JM Bailly⁸², maître de conférence en droit privé à l'université de Lyon, l'ostéopathie n'est pas une profession de santé car elle n'est pas organisée dans la quatrième partie du code de la santé publique. Pour lui « c'est une activité de soins de type médical, proche de celle des sages-femmes compte tenu de son indépendance. ». Il s'agit d'une activité libérale avec consultation en première intention mais avec un champ de compétences limité, borné par l'article 75 et ses décrets.

Selon J Mornat⁸³, vice président du conseil de l'ordre des médecins, « la pratique de l'ostéopathie se présente comme étant constitutif d'un exercice de type médical ». En ce sens il ne se range pas à la thèse défendue par l'Académie Nationale de médecine qui considère toujours que l'ostéopathie n'est pas une discipline médicale mais une

⁸¹ Colloque : « l'ostéopathie : vers une profession de santé » intervention de Fadi Dahdoud 28/05/2011

⁸² Revue du droit sanitaire et social avril 2009

⁸³ Revue médecine et droit 2008

« méthode empirique de traitement manuel⁸⁴ »

De son côté le Conseil d'Etat a rendu un arrêt en 2010 qui fait aujourd'hui jurisprudence. Dans son interprétation de la loi de 2002 et des décrets de 2007, le Conseil d'Etat précise : « considérant, enfin qu'il résulte de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 que les ostéopathes à titre exclusif, qui n'ont pas le statut de profession médicale tel que défini par les livres I et III de la quatrième partie du code de la santé publique, ne sont pas placés dans une situation identique à celle des professionnels de santé.»⁸⁵ En se référant uniquement aux ostéopathes exclusifs, le Conseil d'Etat leur refuse le statut de professionnel de santé. De ce fait, l'ostéopathie dans son ensemble en est-elle exclue ? Oui au sens légal et réglementaire du terme. Mais par son fonctionnement, elle est assimilable à une profession de type médical exercée par des professionnels issus de formations différenciées.

Ces ambiguïtés sur le statut de la profession devront être levées rapidement pour envisager une intégration des ostéopathes avec les autres professionnels de santé et pour qu'ils puissent travailler dans des structures comme les hôpitaux ou les maisons de santé.

3.1.3. Des pistes et des voies d'intégration ostéopathes-professionnels de santé :

Si l'aspect juridique et institutionnel demeure aujourd'hui insatisfaisant, des débuts d'intégration et de collaboration de l'ostéopathie avec les autres professions de santé se développent. Nous prendrons quelques exemples pour illustrer cet aspect et nous évoquerons les pistes juridiques à mettre en œuvre pour les développer.

Premier exemple : l'intervention des ostéopathes en milieu hospitalier public.

Pour l'instant elle revêt deux formes : le bénévolat ou la vacation rémunérée. La solution du bénévolat n'est pas vraiment satisfaisante mais elle a été utilisée au départ pour démontrer l'intérêt de l'ostéopathie et son efficacité en milieu hospitalier. Ce

⁸⁴ Communiqué du 28 novembre 2008 de l'Académie nationale de médecine

⁸⁵ Arrêt du Conseil d'Etat 2010 <http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc>.

premier début de collaboration a donné des résultats satisfaisants, là où il a été mis en place, a permis de mettre en évidence les bienfaits de l'ostéopathie pour certains patients. Il a aussi montré que cette dernière était une thérapeutique fiable exercée par des praticiens en adéquation avec la culture médicale des hôpitaux concernés.

Aujourd'hui la majorité des interventions ostéopathiques à l'hôpital se fait sous forme de vacations car il n'existe pas de dispositif juridique susceptible d'intégrer ces professionnels comme titulaires. Les décrets de 2007 sont à minima et ils ne prennent aucunement en considération les possibilités d'exercice à l'hôpital. Ce système sous forme de vacations marque le début d'une collaboration et d'un dialogue avec d'autres professionnels de santé. Il fonctionne et commence à se structurer notamment par le collectif AOMH⁸⁶. Celle-ci a même remporté en juin 2011 le troisième prix Hélioscope, décerné par la fédération hospitalière de France pour récompenser les expérimentations les plus significatives. Actuellement les collaborations se multiplient malgré les réserves d'une partie du corps médical, notamment celle de l'Ordre des médecins. Le secteur obstétrical et pédiatrique est particulièrement concerné : maternité de Troyes, clinique maternité de Livry-Gardan, hôpital d'Arcachon où les ostéopathes interviennent deux demi-journées par semaine sous forme de bénévolat avec l'aval des pédiatres. A l'hôpital Robert Debré de Paris, trois ostéopathes interviennent depuis dix ans et prennent en charge les problèmes de tensions ou de malformations des boîtes crâniennes des jeunes enfants⁸⁷. Une formation des soignants a été mise en place sous la direction de Roselyne Lalauze, ostéopathe, à l'origine de la prise en charge. Plusieurs hôpitaux par ailleurs ont mis en place au sein de leurs locaux des consultations externes tenues par des ostéopathes. Celles-ci sont mentionnées sur le site de l'hôpital : hôpital de Poissy-Saint-Germain, hôpital de Bourg la Reine, hôpital d'Hyères...

Si doucement l'ostéopathie fait son entrée à l'hôpital sous des formes encore précaires, il faut aussi signaler des échecs comme le renvoi des ostéopathes exclusifs de l'hôpital de Pessac en Gironde. La convention a été dénoncée en octobre 2012 alors qu'elle fonctionnait depuis 2003, incluant vingt ostéopathes. Cette décision a été prise par l'administration hospitalière, sans consultation des chefs de services

⁸⁶ AOMH : Association des Ostéopathes en Milieu Hospitalier créée en 2008. voir info n°5 Avril 2010 du SFDO

⁸⁷ www.ostéopathie-périnatale-pédiatrique.com

concernés⁸⁸. Le rejet de la convention est motivé par le fait qu'il s'agissait d'ostéopathes exclusifs. Ce fait démontre encore la fragilité de la pénétration de l'ostéopathie à l'hôpital. Cette précarité ne pourra se dissiper, notamment près des institutions hospitalières, que lorsque l'ostéopathie aura trouvé sa place dans le code de la santé publique. Elle devra y être codifiée comme profession médicale ou para médicale. Les praticiens pourront alors espérer être embauchés comme titulaires sur des postes créés au sein de l'hôpital.

Deuxième exemple : l'intégration des ostéopathes au sein des maisons de santé :

Celle ci pose aujourd'hui un réel problème. Le 12 décembre 2008, le Conseil de l'Ordre des Médecins (rapport Simon) décide d'exclure des maisons de santé interprofessionnelles « les professions dont les contours sont mal définis et pour lesquelles la présence de médecins peut servir de caution et entretenir une certaine confusion sur leur champ d'exercice (ostéopathes en particulier)⁸⁹ ».

Suite à cette décision qui s'appuie sur l'article 44 de la loi 2007-1786 du 18 décembre 2007 touchant au financement de la sécurité sociale et créant les maisons de santé, la loi instituant ces dernières précise : « les maisons de santé sont constituées entre professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ». Cela signifie clairement que, pour que les ostéopathes puissent être intégrés dans ce dispositif, une nouvelle écriture de la loi sera nécessaire. Suite à cet article de loi, et selon les départements, l'Ordre des médecins est intervenu près de ses adhérents pour empêcher l'intégration d'ostéopathes non professionnels de santé dans les maisons de santé et dans les cabinets médicaux. Ce faisant, l'Ordre des médecins va au-delà de la loi et entretient la confusion en fermant l'entrée d'ostéopathes exclusifs tant dans les maisons de santé que dans les cabinets médicaux non régis par cette loi. Le courrier du Docteur Romestang, président du conseil de l'Ordre du Rhône⁹⁰ est très clair : « afin d'éviter toute confusion dans l'esprit des patients et ne pas favoriser l'exercice illégal de la médecine, le Conseil National a mis en garde contre l'intégration des professions non réglementées dans les maisons de santé ou dans les sociétés civiles de moyens SCM. » Plusieurs Conseils départementaux se sont

⁸⁸⁸⁸ Journal Sud Ouest 22octobre 2012 annexe 6

⁸⁹ <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/maisonsdesantepluriprofessionnelles>

⁹⁰ Actualité ostéopathique octobre 2009

prononcés de cette manière manifestant ainsi une ferme opposition à un partage de locaux avec des ostéopathes non médecins. Face à cette situation, le syndicat français des ostéopathes (SFDO) a saisi le Conseil d'Etat pour faire annuler cette décision. Ce dernier a rejeté cette demande en arguant entre autres que : « les maisons de santé sont constituées entre professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médicaux sociaux, qu'il résulte de l'article 75 que les ostéopathes à titre exclusifs n'ont pas le statut de professionnels de santé tel que défini par le code de la santé publique » Pour le Conseil d'Etat, la décision prise par le Conseil de l'Ordre des médecins « n'a pas restreint les conditions d'exercice de la profession d'ostéopathes ou porté atteinte illégale à leur liberté d'exercer une activité professionnelle⁹¹ »

Cet avis du Conseil d'Etat précise bien que les maisons de santé constituent un dispositif spécifique, d'initiative publique différent des associations médicales habituelles de type SCM. Cela signifie donc que pour obtenir l'intégration des ostéopathes dans les maisons de santé, il faudra obtenir une modification de l'article LG323-3CSP. Cet arrêté du Conseil d'Etat a eu selon les départements des incidences fortes puisque des ostéopathes qui avaient envisagé une installation en maison de santé avec l'aval des professionnels de santé devant s'y installer, se sont vus refuser l'accès de ces lieux. C'est le cas dans le Rhône par exemple.

Cette situation n'est pas satisfaisante pour l'ostéopathie. Toutefois l'observation sur le terrain montre un état des lieux beaucoup plus complexe. La lecture des journaux révèle que, tant dans les maisons de santé que dans les SCM, des ostéopathes, sans précision sur leur origine, s'installent aux cotés de médecins, dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes : exemples l'ouverture de la maison médicale d'Agneaux Saint-Lô avec 25 professionnels de santé.⁹² et le pôle santé universitaire de Lanmeur dans le Morbihan⁹³ regroupant vingt-quatre praticiens.

De nombreux autres exemples peuvent illustrer cette évolution qui confirme ce qui a été dit dans la partie précédente : de plus en plus de médecins conseillent à leurs patients d'aller consulter un ostéopathe et accepte aujourd'hui de travailler en collaboration avec eux. Vivre ensemble, travailler ensemble conduira à poser les bases d'une collaboration efficace et pérenne. La pratique commune au sein de

⁹¹ Arrêt du Conseil d'Etat 2010 <http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc>.

⁹² La Manche Libre du 2 février 2013 (annexe 7)

⁹³ Ouest France, 7 février 2013 (annexe 8)

l'hôpital ou d'une maison de santé générera une complémentarité susceptible de faire évoluer la législation.

D'autres pistes de collaboration sont possibles. Elles ne sont aujourd'hui guère contestées dans la médecine du sport. Les ostéopathes sont inclus dans les équipes de praticiens qui accompagnent les sportifs de haut niveau et cela semble tout à fait naturel.

Il est aussi possible d'envisager un rapprochement avec la médecine du travail. Claire Legros⁹⁴, ostéopathe, est l'auteur d'un mémoire intitulé «Souffrance au travail : les rôles de l'ostéopathie comme acteur de prévention aux côtés de la médecine du travail dans l'entreprise ». Son étude démontre l'efficacité d'une prise en charge ostéopathique sur les risques psychosociaux, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la pénibilité. Elle conclut son mémoire sur l'intégration souhaitable des ostéopathes au sein des équipes de médecine du travail.

Dans un autre secteur en plein essor, il existe une collaboration souhaitable et souhaitée : les maisons de retraite. Quelques conventions existent permettant la mise en place de consultations au sein des établissements. L'Ecole Supérieure d'Ostéopathie (ESO) a consacré un forum en 2010 sur l'apport de l'ostéopathie à la douleur en gériatrie. L'un des intervenants, Sébastien Forget, ostéopathe et attaché hospitalier a démontré que le recours à l'ostéopathie permet de diminuer la quantité de médicaments, de réduire les effets secondaires de ceux ci et améliore le confort du patient. Il a précisé également l'importance d'un travail pluridisciplinaire rigoureux en lien avec le responsable de la gériatrie. Les premiers postes hospitaliers en gériatrie viennent d'être créés et un certificat d'études spécialisé en ostéo-gériatrie s'est mis en place⁹⁵.

Tous ces exemples non exhaustifs prouvent que l'intégration des ostéopathes au sein des professions de santé est possible. Elle est même souhaitée par un nombre important de praticiens et elle concourt à l'intérêt des patients. Pour accélérer ce processus, il faut à la fois que la profession des ostéopathes fasse les efforts

⁹⁴ Mémoire paru en 2012

⁹⁵ Enseignant en ostéopathie gériatrique à l'ESO de Paris : www.capgeris.com/sante-1731/les-conseils-de-sebastien-forget-pour-bienvieillir-et-lutter-contre-la-douleur

mentionnés ci-dessus, que le législateur et le ministère clarifient leur position, que les différents Ordres professionnels apprennent à vivre ensemble et à se parler.

3.2. La recherche en ostéopathie :

Malgré un contexte de développement croissant de la pratique ostéopathique en France, l'Académie de Médecine dans son rapport sur l'ostéopathie et la chiropraxie, publié en 2006, déclare que « les méthodes manuelles à visée diagnostique et thérapeutique prônées par les ostéopathes et les chiropracteurs s'appuient sur des a priori conceptuels dénués de tout fondement scientifique ».

Il s'agit là de l'argument favori des médecins pour dénigrer la profession. La recherche s'avère donc la clé de la reconnaissance de l'ostéopathie auprès des patients mais surtout auprès du monde médical. Il en va de sa crédibilité et de sa pérennité.

Mais comme le souligne Thibault Dubois dans la conclusion de son étude « De la nécessité de l'évaluation de la pratique clinique de l'ostéopathie » : « l'ostéopathie est une discipline à la préhistoire de son évaluation⁹⁶ ». Cela s'explique par son histoire et l'origine de ses fondements ainsi que par la difficulté à mettre en place, dans les études, les principes méthodologiques de la recherche scientifique.

Au XIXème siècle, Andrew Still « pose les fondements d'une théorie médicale sur des bases métaphysiques : mélange de vitalisme et de mécanicisme »⁹⁷. Il développe une thérapie manuelle à partir d'une philosophie dont les principes fondateurs sont les suivants : unité du corps, relation structure /fonction, auto guérison, libre circulation des fluides. Il crée alors un paradigme propre à l'ostéopathie à l'origine de la vocation de générations d'ostéopathes américains et européens. Et, comme toute pratique clinique, le développement de cette médecine s'est fait sur l'expérience de ses cliniciens. Il en découle aujourd'hui une multiplicité d'approches différentes. Certains praticiens sont restés accrochés aux pensées dogmatiques de ses fondateurs alors que d'autres ont évolué vers une ostéopathie plus moderne se rapprochant d'une science clinique. Cette dichotomie est relayée dans les écoles par

⁹⁶ Revue de l'ostéopathie N°2, 2011, page 19

⁹⁷ Revue ostéopathie N°2, 2011, page 25

des formateurs influencés de manière différente en fonction de leur pratique mais aussi de leur « maître à penser ». Moins il existe de « démonstrations rigoureuses et scientifiques, plus la tentation est grande de se référer à des théories explicatives purement spéculatives »⁹⁸. En l'absence d'un référentiel de formation adopté par tous, il continuera de subsister dans certaines écoles un discours « métaphysique » qui, à mon sens, dessert l'ostéopathie. De plus, il est en totale contradiction avec la demande qui est faite aux étudiants de s'engager dans un projet de recherche à travers leur mémoire. Or il est indispensable que tous les ostéopathes tiennent le même discours quant à leur engagement dans la recherche.

La deuxième raison pour laquelle il existe un nombre insuffisant de publications scientifiques relatives à l'ostéopathie, est la difficulté de la faisabilité des études.

L'ostéopathie est considérée comme une « intervention complexe » : « par définition ses composants actifs ne sont ainsi pas toujours évidents à déterminer et leurs fondements théoriques parfois difficiles à cerner.⁹⁹ ». La recherche en ostéopathie est donc orientée principalement sur ses effets cliniques et non physiologiques. Son évaluation présente des spécificités méthodologiques qui sont difficilement duplicables sur celles de la recherche médicale et pharmaceutique.

Dans la médecine fondée sur les faits ou l'Evidence-Based Medicine (EBM), les preuves proviennent d'études cliniques systématiques dont la plupart sont des essais contrôlés randomisés à double insu. Cette méthode est utilisée pour confirmer ou infirmer les bénéfices d'un médicament ou d'un traitement. Dans un essai randomisé, deux groupes sont tirés au sort, le premier reçoit le traitement évalué, l'autre un placebo. La procédure du double insu, ou double aveugle, consiste, pendant toute la durée de l'expérience, à tenir dans l'ignorance du traitement reçu, le malade, le soignant (ainsi que l'évaluateur s'il est différent). La randomisation garantit la valeur scientifique d'une étude en évitant les biais, cause d'erreur d'une analyse statistique liée à la méthode de l'expérimentation.

Si cette démarche expérimentale, reconnue au niveau international, est totalement applicable à des études pharmacologiques, elle se complique sérieusement quant il s'agit de la mettre en œuvre sur des essais en ostéopathie, ce pour plusieurs raisons.

⁹⁸ Revue de l'ostéopathie N°2, 2011

⁹⁹ 6^{ème} bilan annuel CEESO, 2010, page 1

La première problématique méthodologique, qui se pose également dans des recherches d' « interventions conventionnelles » telles que la chirurgie, la psychothérapie ou l'orthodontie, est l'impossibilité de la mise en place du double insu. Le praticien est forcément complice de l'étude et par cela peut induire un biais dans la prise en charge et dans le suivi. Il est donc nécessaire de rechercher un modèle d'évaluation spécifique en simple insu qui donnerait plus de poids aux essais.

La deuxième problématique concerne le groupe contrôle qui reçoit le traitement placebo. Autant il paraît évident d'attribuer un comprimé inopérant à un patient, autant il est compliqué de trouver des actes non ostéopathiques pouvant prêter illusion. Dans la plupart des études déjà publiées, les traitements placebo sont variables : faux massage, ultrasons non fonctionnels... Le comparateur peut aussi être l'absence de traitement. Aucune méthodologie spécifique n'est définie et la multiplicité des comparateurs n'est pas au service de la fiabilité des essais.

Enfin, il reste la difficulté de trouver des critères d'évaluation ou critères de jugement pertinents. Or comme dans toute les évaluations cliniques ces critères sont subjectifs : intensité de la douleur, durée de la douleur, invalidité associée, qualité de vie. Pour cela, il existe des instruments d'évaluation validés scientifiquement tel que l'EVA (Echelle Visuelle Analogique de douleur), l'ODI (Oswestry Questionnaire Index) : échelle d'incapacité fonctionnelle spécifique de la lombalgie, le SF-36 (Medical outcome study Short 36-item Health Survey : mesure la perception de la qualité de vie actuelle liée à la santé, etc... Toute étude sérieuse nécessite d'avoir recours à ce type de critère pour espérer obtenir une publication.

Tous ces paramètres méthodologiques doivent être respectés pour réaliser des études de qualité et validées. En diminuant le nombre de biais et en élevant le niveau de l'évaluation, il se produira une élévation du niveau de preuves, gage de la reconnaissance de l'ostéopathie.

Toutes les difficultés soulevées précédemment pourraient sans doute trouver réponses si la recherche en ostéopathie était suffisamment active. Or elle nécessite certes motivation mais surtout financement. Et les budgets sont conséquents, plusieurs dizaines de milliers d'euros pour la mise en place d'un protocole de haut niveau.

Aujourd'hui la recherche scientifique est à la fois financée par des fonds publics et

privés (fondations, mécénat, laboratoires...). Il est évident que l'industrie pharmaceutique n'a aucun intérêt à prouver l'efficacité de l'ostéopathie, bien au contraire. Quant à l'état, son implication est le reflet de son immobilisme face à la problématique actuelle de l'ostéopathie.

Il ne reste qu'une solution : l'appel aux donateurs privés. C'est l'objectif principal de FOREOS (Fonds pour la Recherche en Ostéopathie) : « FOREOS est le trait d'union entre des chercheurs, pour qui l'ostéopathie est une évidence, et des donateurs pour qui l'ostéopathie est une perspective de meilleure santé pour le plus grand nombre. »

¹⁰⁰ Cette association dont la création est toute récente (2010) a été mise en place par des bénévoles conscients de l'importance de la recherche et de la nécessité de trouver des moyens financiers pour la conduire.

Le challenge est grand mais essentiel. Il devra faire l'objet d'une mobilisation massive de l'ensemble du monde ostéopathique.

La reconnaissance scientifique de l'ostéopathie française est dans l'intérêt de la profession. Elle doit viser plusieurs cibles.

Tout d'abord, elle doit se faire une place au sein de l'ostéopathie mondiale. Première nation par le nombre d'écoles et le nombre de soignants, la France reste très en retard dans le domaine de la recherche. Selon une étude parue dans la « revue de l'ostéopathie »¹⁰¹, la France n'arrive qu'au quatrième rang en nombre de publications scientifiques derrière les Etats Unis (84% des publications), la Grande Bretagne (9%) et l'Australie. Cette étude conduite à partir de la base de données medline sur les années 2001-2010 ne fait apparaître que 5 articles scientifiques émanant de France. Il y a un véritable manque de dynamisme en terme de volume de publications. Cependant, depuis quelques années, une prise de conscience se fait sentir avec la parution des premières revues scientifiques : journal de l'ostéopathie, revue MMO médecine manuelle et ostéopathie...

Des colloques internationaux sont maintenant organisés au sein des écoles pour informer sur les publications récentes et l'avancée des recherches : les

¹⁰⁰ <http://recherche-osteopathie.fr/foredocs/>

¹⁰¹ Article de Thibault Dubois déjà cité

rencontres scientifiques de l'ostéopathie organisées par le SNESO dont la dernière s'est tenue à Paris en septembre 2012, symposium de Nantes...

Quelques chercheurs français, par leur publication, ont acquis une stature internationale, Mr Zegarra et Mme Lallemand, enseignants en ostéopathie, viennent de partir pour deux ans aux USA à AT Still université, première école d'ostéopathie au monde.

Malgré ces quelques exemples, l'état de la recherche reste balbutiant. L'ostéopathie publie moins que la chiropraxie ou l'homéopathie. Malgré le nombre impressionnant d'écoles, il y a trop peu d'enseignants chercheurs et, même si une évolution nette se dessine dans quelques écoles, les étudiants ne sont pas assez incités à conduire plus tard dans leur pratique une démarche d'évaluation de leur pratique. Gary Fryer, une des références en ostéopathie scientifique (nombreux articles publiés notamment sur les techniques d'énergie musculaire) est persuadé que « c'est à chaque ostéopathe de développer ses qualités de chercheurs pour améliorer sa pratique quotidienne ¹⁰² ».

Le deuxième intérêt d'une recherche véritable et reconnue en ostéopathie, c'est de donner visibilité et surtout reconnaissance à la profession. Ni la reconnaissance officielle de 2002, ni sa popularité auprès d'un nombre croissant de patients ne rendent la profession légitime. Pour espérer un jour intégrer les professions de santé, pour parler d'égal à égal et pour collaborer avec le monde médical et hospitalier, l'ostéopathie devra faire la preuve de son efficacité. La recherche est un enjeu socioprofessionnel majeur et l'ostéopathie doit rapidement s'engager dans une démarche scientifique d'évaluation. C'est la démarche Fryer : « l'ostéopathie orientée par les preuves ». Comme en médecine ou en pharmacie, les objectifs de la recherche sont à la fois de connaître, comprendre, expliquer la pratique ostéopathique. Elle doit aussi faire connaître ses résultats sinon elle risque de se voir confiner par ses détracteurs au rang de « médecine placebo ». Pourtant des études récentes montrent la voie et doivent permettre la mise en place de collaboration efficace avec les autres intervenants du monde médical. Le travail conduit par Laura Perinetti et Marc Bozetto¹⁰³ et publié par la revue de l'ostéopathie est doublement intéressant. Conduit en entreprise sur la durée (8 mois) et sur un

¹⁰² Article de Marjolaine Dey, 2013, worldpress.com

¹⁰³ Revue de l'ostéopathie N°2, 2011, page 31

panel conséquent (151 salariés et 345 consultations), son objectif est d'analyser les bénéfices ou non de l'intervention ostéopathique sur des salariés du bâtiment (entreprise CAR dans les Alpes Maritimes) atteints de TMS (Troubles Musculo Squelettiques). Première maladie professionnelle, ces troubles sont aussi la principale cause d'absences dans les entreprises. Dans cette étude, 70% des patients viennent consulter pour des rachialgies. Au bout de huit mois, 78% sont très satisfaits et 21% plutôt satisfaits. Sur une échelle de la douleur de 1 à 10, ils ou elles déclarent être passés d'une moyenne de 6,9 à une moyenne de 2,6. Le taux d'absentéisme a baissé de 22% et deux tiers des patients ont déclaré avoir évité un arrêt de travail. La médecine du travail au départ hésitante et la direction de l'entreprise ont fait part de leur satisfaction. Cet exemple ainsi que d'autres études, certes trop peu nombreuses et portant sur des effectifs encore peu importants, montrent la voie à suivre. Plus il y aura de publications scientifiques reconnues, validées et publiées et moins la profession prêtera le flan aux critiques. Pour ce faire, il faudra sans doute aider les enseignants chercheurs, leur accorder du temps pour conduire leur recherche et trouver l'argent nécessaire. L'ostéopathie ne faisant pas appel à la médication, elle n'a pas derrière elle les grands laboratoires susceptibles de la financer.

Le deuxième intérêt de l'étude conduite par L. Perinetti et M. Bozetto est sociétal. En prenant en charge les salariés d'une entreprise confrontée aux TMS, les deux ostéopathes ont permis de réduire l'absentéisme dans l'entreprise de 22%, de limiter le nombre de jours d'arrêt de travail et d'alléger le coût de ces arrêts pour la sécurité sociale et pour l'entreprise. C'est du gagnant-gagnant puisque la satisfaction des salariés a été mesurée tout comme la baisse conséquente du niveau de la douleur. Cette reconnaissance de l'intérêt de l'ostéopathie doit être connue de l'Etat et des partenaires sociaux. Le ministère du travail a fait des TMS en 2009 une priorité. La sécurité sociale et les mutuelles en connaissent d'ailleurs le coût. Tous ont intérêt à les voir diminuer. Il serait d'ailleurs intéressant que les mutuelles, qui aujourd'hui, remboursent une partie des actes ostéopathiques, publient les études, en apparence confidentielles, qui ont conduit à cette prise en charge partielle. Pour lever les doutes sur l'efficacité de l'ostéopathie, signalons l'appel à projet de l'APHP de septembre 2012. Ils concernent les médecines complémentaires dont l'ostéopathie. La formulation de l'appel à projet est sans équivoque : « Mesurer l'impact des traitements complémentaires dont l'ostéopathie représente plus de 50% représente un

enjeu de santé public. En France plus de 13 millions de patients ont recours chaque année à l'ostéopathie. Dans ce contexte, révéler et évaluer les indications de manière scientifique et au sein de structure hospitalo-universitaires constituent une priorité. Via la publication de cet appel à projet, l' APHP offre ainsi à la profession la possibilité de se valoriser de la plus noble des manières.¹⁰⁴ ». Cet appel à projet constitue un véritable appel à prouver scientifiquement l'intérêt de l'ostéopathie. Y aura-t-il une réponse de la profession à cette demande ? Nous le saurons en Mai 2013. Une non réponse, toutefois, serait inquiétante.

Enfin, il ne faut pas l'oublier, la recherche a pour objectif premier l'intérêt des patients. Ceux-ci feront d'autant plus confiance aux ostéopathes qu'ils auront acquis la preuve scientifique de son efficacité. Ils devront aussi avoir la certitude d'être confié à des soignants bien formés ayant suivi un cursus et une pratique conforme à la charte OMS acceptant de suivre une formation continue pour être constamment à la pointe des connaissances nouvelles. Dans un contexte de multiplications des écoles et des ostéopathes, les risques d'accidents sont plus nombreux et le poids des médias en pour ou en contre peut laisser craindre un jour, dans un contexte particulier, une attaque en règle de la profession. Celle-ci résistera mieux si elle s'appuie sur des résultats reconnus, validés et sur des pratiques cliniques efficaces. Pour les patients, la professionnalisation est essentielle, elle est garantie de succès et d'efficacité. Pour preuve les patients face à une profession libérale en excès numérique dès maintenant choisissent leur praticien en fonction de leur résultat et c'est le bouche à oreille qui véhicule cette information.

¹⁰⁴ www.osteopathie-syndicat.fr

CONCLUSION

Faire un état des lieux de l'ostéopathie en France en 2013, lorsque l'on s'apprête à entrer dans le métier, peut conduire au découragement. Cinq années de formation d'un métier choisi répondant à des attentes renforcent notre conviction que l'ostéopathie est capable de résoudre les maux de nombreux patients. D'ailleurs cette confiance est confirmée par les usagers. Deux faits au moins l'attestent : de plus en plus de Français ont recours à un praticien ostéopathe et dans un sondage récent¹⁰⁵ sur les professions préférées de nos compatriotes, celle d'ostéopathe arrive aujourd'hui en douzième position. C'est un résultat remarquable pour un métier qui n'a que dix ans de reconnaissance légale. Cela explique sans doute en partie l'engouement pour ce métier et la démographie galopante constatée ce jour. Ce mémoire présente les dysfonctionnements actuels pointés avec clarté dans le rapport de l'IGAS 2011 et dénoncés par l'ensemble des syndicats de la profession. Mais faire ce constat n'a d'intérêt que si des solutions rapides sont mises en place, allant au-delà de la simple prise de conscience de l'état des lieux.

Alors, comment envisager l'avenir de l'ostéopathie en France ? Sans être devin, deux pistes se dessinent. La première, mais elle apparaît de moins en moins envisageable, c'est une prise de position ferme des autorités publiques, notamment du ministère des tutelles. Les deux dernières ministres de la santé, Madame Bachelot et Madame Touraine actuellement ont promis aux parlementaires de mettre fin aux incohérences actuelles : trop d'étudiants, trop d'écoles, des agréments accordés trop facilement, des temps de formation différenciés et des contenus ne s'appuyant pas sur des référentiels précis. Tous ces dysfonctionnements conduisent à émettre le doute sur la profession, notamment chez les autres praticiens de santé. Cela peut aussi avoir des conséquences négatives pour les patients, allant jusqu'à leur faire courir des risques pour leur santé. Si les discours officiels sont volontaristes et semblent annoncer une intervention rapide et inéluctable des pouvoirs publics, les décisions se font toujours attendre. Les syndicats de la profession craignent même qu'aucun arrêté ne soit pris pour corriger les errements actuels. Trop de lobbies, trop de divisions dans la

¹⁰⁵ Magasine e-orientations 2013 annexe 9

profession, trop d'intérêts divergents expliquent l'attentisme de la Ministre. Cela est bien dommageable pour les 15000 ostéopathes en exercice ou en formation.

La deuxième piste, et c'est sans doute ce qui se passera, sera le laisser faire actuel. Cette profession, libérale par nature se régulera par le marché. Disparaîtront alors les praticiens qui n'auront pas assez de patientèle et qui ne pourront pas vivre de leur métier. Disparaîtront aussi probablement les écoles les moins performantes dont les effectifs se réduiront et qui ne pourront subsister. Déjà, à la dernière rentrée les nouveaux inscrits ont baissé de 15 à 20%. De leur côté les professionnels de l'orientation mettent en garde les jeunes sur les risques d'une telle orientation. Dans ce contexte subsisteront les plus compétents ou celles et eux qui auront la chance de s'installer dans un environnement favorable et non saturé. D'ici 10 à 20 ans nous pouvons espérer une régulation bénéfique pour celles et ceux qui auront pu résister.

Toutefois, et ce mémoire le montre, cela ne suffira pas. La profession devra aussi se pencher sur deux enjeux majeurs, gage d'une plus grande maturité. Le premier défi est celui de la formation et de la recherche. Pour cela il faudra s'appuyer sur des enseignants chercheurs hautement qualifiés et sur des écoles de qualité s'appuyant sur des référentiels de compétences et garantissant un temps de formation au moins égal aux normes de l'OMS. La publication régulière des travaux des chercheurs ostéopathes contribuera à la reconnaissance de la profession. Dans ce domaine la France est très en retard même si les premières publications voient le jour. Une formation de qualité doit aussi s'étendre aux praticiens en exercice. Pour cela une formation continue doit être proposée systématiquement aux collègues en exercice. Le deuxième enjeu c'est celui de l'insertion de la profession parmi les autres professions de santé. Des pistes existent, elles sont évoquées dans ce mémoire. Elles ont le mérite d'exister mais elles doivent être renforcées : à l'hôpital, dans les maternités, les maisons de retraite, les maisons de santé ou en lien avec la médecine du travail. Travailler en collaboration, en symbiose avec les autres praticiens de santé ne peut être que bénéfique pour les patients. Cela contribuera aussi à mieux faire connaître notre profession près des autres professionnels de santé.

Ces deux aspects sont essentiels. Ils auraient mérité chacun un approfondissement plus important. Ce sera peut-être l'objet de mémoires futurs car l'un et l'autre m'apparaissent comme déterminants pour le devenir de notre profession.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
RESUME.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	6
1- Une évolution démographique inquiétante en comparaison des professions de santé :	8
1.1. Rappel historique :	8
1.1.1. Naissance de l'ostéopathie en France :	8
1.1.2. Reconnaissance, législation et décrets :	12
1.2. Conséquences démographiques d'un « cadre réglementaire imprécis » :.....	17
1.3. Comparaison avec d'autres professions de santé.....	23
2. Pour la mise en place d'une formation homogène, de qualité et reconnue :.....	26
2.1. L'état des lieux de la formation	27
2.1.1. La formation initiale.....	27
2.1.2. Les écoles de formation par alternance.....	30
2.1.3. La question des agréments	32
2.2. Quels critères pour une formation de qualité ?	35
2.2.1. Volume horaire et contenu de la formation	35
2.2.2. Apprentissage pratique :	39
2.2.3. La compétence des formateurs :.....	41
2.3. Objectifs d'une telle formation :	43
2.3.1. La prise en charge des patients :	43
2.3.2. Echange avec le milieu médical :.....	44

3. Vers une installation pérenne de l'ostéopathie dans le parcours de soin français ?	46
3.1. Intégration aux professions de santé	46
3.1.1. La nécessité d'un Ordre ostéopathique ?	46
3.1.2. Objectif : devenir une profession de santé reconnue	47
3.1.3. Des pistes et des voies d'intégration ostéopathes-professionnels de santé :49	
3.2. La recherche en ostéopathie :	54
CONCLUSION.....	61
TABLE DES MATIERES.....	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	67

BIBLIOGRAPHIE

- AUQUIER L, CREMER G, MALVY P, MENKES C, NICOLAS G., *Ostéopathie et chiropraxie*, académie nationale de médecine n°190, janvier 2006
- BARROT M, *Etre ostéopathe en maternité, convention d'ostéopathie en maternité*, www.autour-de-la-naissance.fr, Octobre 2009
- BARRY C., FALISSARD B., *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie*, Inserm, 2012
- BEZARD L, CHAUVIN M, DRUMARE J.L., *Médecin ostéopathe 2010*, Oséostéo, 22p
- CHARLES B, *La démographie médicale en Basse Normandie et ses perspectives*, Ceser de Basse Normandie, octobre 2009, 83p
- CHAUVIN M., JARREDON Y., PLANTIVEAU L., *Effectivité d'une déontologie propre à l'ostéopathie*, Mémoire DU Legostéo, Faculté de droit de Dijon, 332p
- DUBOIS T., *De la nécessité de l'évaluation de la pratique clinique de l'ostéopathie : l'ostéopathie factuelle, état des lieux*, Revue de l'ostéopathie 2011 ; 2 : 19-24
- DUMOULIN C., *Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie : enquête auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée*, Thèse de médecine générale, Nantes, 2012
- DURRAFOURG M., VEREREY M., *Le dispositif de formation à l'ostéopathie*, Rapport de l'IGAS, Avril 2010, 84p
- GNAHO S., *Le service public hospitalier et l'ostéopathie : collaboration, intégration, quelles possibilités juridiques ?*, Mémoire Master 2, université de Paris 8, 2010, 58 p
- LE CLERC A., ROUDET N., *Etat de l'ostéopathie dans le monde en 2011*, Mémoire de fin d'études ostéopathie Lyon, 2011, 80p
- LEGROS C., *La souffrance au travail : les rôles de l'ostéopathie comme acteur de prévention au côté de la médecine du travail dans l'entreprise*, Mémoire fin d'études ostéopathie ESO, 2012

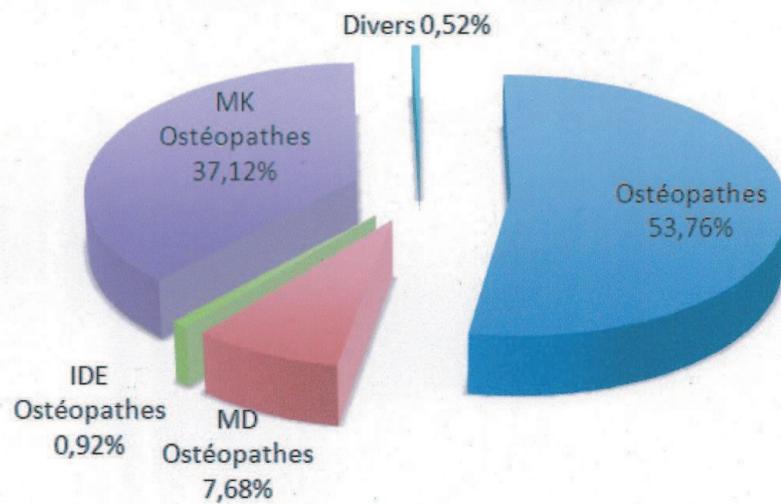
- LEPERS Y., *L'ostéopathie est-elle un objet de science ?*, Revue de l'ostéopathie 2011 ; 2 : 25-30
- LOUSSERT R., *Impact socio-économique de l'ostéopathie : Etat des lieux centré sur France et Belgique*, Mémoire Master ostéopathie, 2010, 64 p
- MOULIN M., *Les professions de santé en Basse Normandie*, Ceser de Basse Normandie, Octobre 2011, 141 p
- NOURRY J., *Ingenierie en formation d'adultes à l'ostéopathie : quelles alternatives ?* Mémoire Master 2, Université Rabelais Tours, 2010, 344 p
- PERINETTI L., BOZETTO M., *Consultation d'ostéopathie en entreprise : impact sur l'absentéisme. Etude observationnelle*, Revue de l'ostéopathie 2011 ; 2-31-36
- SABY J.P., *Bien être par l'ostéopathie. Mère enfant*, Edition Sully, 2008, 144 p
- TARDIF J., *Devenir ostéopathe. Agir avec compétence*, Sneso, Juin 2012

ANNEXES

Annexe 1



REPARTITION DES OSTEOPATHES SELON LEUR STATUT PROFESSIONNEL



Siège social et secrétariat général :
8, Rue Thalès - 33692 MERIGNAC cedex - Tél. : 05 56 18 80 40 - Fax 05 56 18 80 48 - www.osteopathie.org

Formation à l'ostéopathie



Listes des établissements de formation à l'ostéopathie

Mise à jour le Vendredi, 29 Mars 2013 17:19

Partager via : [f](#) [t](#)

[Créer un PDF](#)

[Imprimer](#)

[Recommander](#)

Devant l'offre de formation pléthorique et malheureusement de niveau très disparate, il est important de veiller au respect de certains critères de qualité d'enseignement : durée des études, qualification et expérience des enseignants, stages cliniques, partenariats professionnels, académiques ou scientifiques, inscription au RNCP.

Un décret technique du 15 septembre 2012 a prorogé, dans l'attente d'une possible modification du régime d'agrément applicable à compter de la rentrée 2013-2014, l'agrément des établissements de formation en ostéopathie pour l'année scolaire 2012-2013. Le gouvernement devrait surtout réengager très rapidement un travail sur l'encadrement réglementaire de l'exercice tant sur le volet formation que sur l'encadrement des écoles, afin de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

Liste des établissements agréés	Ville de l'établissement	Certification	FI / FA	Arrêté du
Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie (CEESO)	LYON	Niveau I	FI	09/08/2007
Collège Ostéopathique de Provence (COP)	MARSEILLE	Niveau I	FI	21/06/2012
Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie (CEESO)	PARIS	Niveau I	FI	09/08/2007
Institut des hautes études ostéopathiques (IDHEO)	ORVAULT	Niveau I	FI	09/08/2007
Ecole supérieure d'ostéopathie et de biomécanique appliquée (OSTEOBIO)	CACHAN		FI	21/06/2012
Ecole Supérieure d'Ostéopathie (ESO)	EMERAINVILLE	Niveau I	FI	09/08/2007
Eurostéo	MEYREUIL		FA	21/06/2012
Collège Ostéopathique Européen (COE)	CERGY PONTOISE	Niveau I	FI	09/08/2007
Conservatoire Supérieur Ostéopathique Français (CSOF)	PARIS		FA	09/08/2007
Conservatoire Supérieur Ostéopathique Français (CSOF)	TOULOUSE		FA	09/08/2007
Institut supérieur d'ostéopathie (ISOSTéo)	LYON	Niveau I	FI	09/08/2007
Centre International d'ostéopathie (CIDO)	SAINT ETIENNE	Niveau I	FI	09/08/2007
Centre ostéopathique ATMAN	NICE	Niveau I	FI	21/06/2012
Collège Ostéopathique Européen (COE)	CERGY PONTOISE	Niveau I	FA	20/09/2007
Collège d'enseignement traditionnel d'ostéopathie Harold Magoun (CETOHM)	LOGNES		FA	20/09/2007
Institut de Formation supérieure en ostéopathie (IFSOR-R)	RENNES		FA	20/09/2007
Institut Toulousain d'Ostéopathie (ITO)	LABEGE	Niveau I	FI	21/06/2012
Institut Supérieur d'Ostéopathie (ISO)	LILLE		FI	20/09/2007
Institut Supérieur d'Ostéopathie (ISO)	LOGNES		FI	20/09/2007
Collège Ostéopathique Sutherland (COS)	SAINT HERBLAIN		FI	11/10/2007
Collège Ostéopathique Sutherland (COS)	BORDEAUX		FI	11/10/2007
Collège Ostéopathique Sutherland (COS)	SAINT OUEN		FI	11/10/2007
Andrew Taylord Still Academy (ATSA)	LIMONEST		FA	31/10/2007
Collège d'Ostéopathie Traditionnelle du Nord (COTN)	LOOS		FA	31/10/2007
Institut de Formation de kinésithérapie en ostéopathe (IFKO)	MONTPELLIER		FA	31/10/2007
Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie (IFSO)	VICHY		FA	31/10/2007
Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie (IFSO)	PARIS		FA	31/10/2007
Institut Franco-Britannique d'Ostéopathie (IFBO)	BEZIERS		FA	31/10/2007
Collège Ostéopathique Sutherland (COS)	SAINT HERBLAIN		FA	05/12/2007
Collège Ostéopathique Sutherland (COS)	SAINT OUEN		FA	05/12/2007
Institut Prive d'Enseignement Ostéopathique (IPEO)	PANTIN		FA	05/12/2007
Institut Prive d'Enseignement Ostéopathique (IPEO)	PANTIN		FI	05/12/2007
Association PLP Formation	LYON		FA	26/02/2008
Centre de recherche et d'enseignement en ostéopathie (CREO)	TOURS		FA	26/02/2008
Richard's Osteopathic Research Institute (RORI)	LYON		FA	26/02/2008
Institut Supérieur d'Ostéopathie ISO	MEYREUIL		FI	09/05/2008
Collège Ostéopathique du Pays Basque COPB	BAYONNE		FI	09/05/2008
Institut de Formation en Ostéopathie du Grand Avignon IFOGA	AVIGNON		FI	09/05/2008
Institut supérieur d'ostéopathie du grand Montpellier ISO-GM	BEZIERS		FI	09/01/2009
Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie IFSO	LYON		FA	13/03/2009
Conservatoire Supérieur Ostéopathique Français (CSOF)	TOULOUSE		FI	21/06/2012
Institut d'Ostéopathie de Rennes (IOR)	RENNES		FI	21/12/2009
Institut Dauphine d'Ostéopathie (IDO)	PARIS		FA	24/09/2010
Collège Ostéopathique Sutherland (COS)	BORDEAUX		FA	04/10/2010
Maison de la Thérapie Manuelle	BOULOGNE		FA	12/10/2010
Ecole Française Supérieure d'Ostéopathie (EFSO-INK)	PARIS		FA	20/01/2011
Institut d'ostéopathie de Bordeaux (IOB)	BORDEAUX		FI	22/03/2011
Collège ostéopathique Sutherland Europe Strasbourg (COS)	STRASBOURG		FI	21/06/2012
Conservatoire supérieur d'ostéopathie- Paris (CSO-Paris)	PARIS		FI	22/03/2011
Andrew Taylor Still Academy (ATSA)	LIMONEST		FI	12/05/2011

Liste des établissements agréés (diplômes inter universitaires de médecine manuelle – ostéopathie, réservées aux médecins)	Ville de l'établissement
Faculté de médecine Broussais – Hotel-Dieu -Paris VI	PARIS
Université de la méditerranée - Aix-Marseille II	MARSEILLE
Université Claude Bernard -Lyon I	LYON
Faculté Villejean-Rennes I	RENNES
Université Joseph Fourier-Grenoble I	GRENOBLE
Université Paul Sabatier - Toulouse III	TOULOUSE
Université de Strasbourg	STRASBOURG
Université Francois Rabelais	TOURS
Université de Lille II	LILLE
Université de Dijon	DIJON
Université Champagne Ardennes	REIMS
Université Basse Normandie	CAEN
Université Bobigny Paris XIII	BOBIGNY
Université Segalen - Bordeaux II	BORDEAUX

LE SITE DE L'OSTÉOPATHIE

Le Site de l'Ostéopathie propose une information générale sur l'ostéopathie

OSTÉOPATHES

Site des Ostéopathes

ETUDIANTS

Site des étudiants

CALENDRIER DES FORMATIONS

Le Calendrier des formations a démenagé.

Il se trouve maintenant à la [page d'accueil du site](#) et sur la page spéciale qui lui est consacrée : [Calendrier des formations](#).

QUI EST EN LIGNE

Nous avons 28 invités en ligne

HON CODE



Ce site respecte les principes de la charte HONcode. Vérifiez ici.

Accueil » Lois Décrets Arrêtés » Lois et rapports » IGAS : Le dispositif de formation à l'ostéopathie

IGAS : Le dispositif de formation à l'ostéopathie

Jeudi, 03 Mai 2012 18:33 IGAS Loi, décrets et arrêtés - Lois et rapports



Le rapport de l'IGAS enfin disponible : *Le dispositif de formation à l'ostéopathie*

Rapport établi par Michel Duraffourg et Michel Vererey

Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) - Avril 2010 - IGAS. Rapport n° RM.12010-030P

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) est désormais disponible. Il a été publié sur le site du SNOF ([voir ici](#)) et le SFDO a promptement réagi ([voir ici](#)).

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de publier les éléments importants de ce document de 85 pages.

Vous trouverez sur cette page :

1. Les [18 recommandations des rapporteurs](#) auxquelles nous avons ajouté les propositions trouvées dans le rapport pour mieux faire comprendre celles-ci
2. La [synthèse des rapporteurs](#)
3. La [conclusion des rapporteurs](#).

Ce rapport est directement accessible au format [WWF](#) ou au format [PDF](#) classique.

Nous remercions particulièrement le SNOF de nous avoir donné l'autorisation de publier ce rapport.

Jean-Louis Boutin
Ostéopathe.

Les 18 recommandations de l'IGAS

Tout au long de leur étude, les rapports ont proposé des recommandations pour améliorer le décret concernant les écoles d'ostéopathie et leurs conditions d'agrément :

Recommandation n°1

Préciser l'effectif maximal d'élèves admis en première année d'études et astreindre les écoles à demander un nouvel agrément en cas d'augmentation de cet effectif.

Recommandation n°2

Obliger les écoles agréées à signaler leur changement de locaux et à produire les documents attestant de leur conformité aux dispositions de l'arrêté du 25 juin 1980 modifié portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité.

Recommandation n°3

Mettre en place un cadre (l'analyse budgétaire) et exiger la production d'un coût complet de la formation excluant les pratiques non conformes au code de la consommation telles qu'elles figurent dans la recommandation de la commission des clauses abusives.

Sur cette question [des justificatifs destinés à expliquer les coûts de la formation], la DGCCRF saisie par la mission a rappelé sa propre doctrine qui figure dans une note d'information récente rédigée suite au contrôle de plus de 450 établissements d'enseignement privés dans 41 départements.

Outre les problèmes liés à l'affichage des prix ou à la délivrance d'une note délivrée à la clientèle, la note de cette direction rappelle la recommandation n° 91-01 de la commission des clauses abusives qui a vocation à s'appliquer aux écoles privées de formation à l'ostéopathie et dont l'exposé figure ci-dessous.

La commission des clauses abusives recommande « que soient éliminées des contrats les clauses qui ont pour objet ou pour effet :

- 1° de faire référence à des conditions générales non communiquées au consommateur et non annexées au contrat ;
- 2° de prévoir un quelconque versement par le consommateur avant la conclusion du contrat quelle que soit la dénomination donnée à ce versement ;
- 3° de permettre au professionnel de modifier unilatéralement le contenu du contrat et l'étendue des obligations des parties ;
- 4° de prévoir que le professionnel ne serait pas tenu de rembourser les sommes payées à l'avance par le consommateur en cas de rupture du contrat ou de non fourniture des prestations par le professionnel pour quelque

cause que ce soit ;

5° de permettre au professionnel de réviser unilatéralement les prix convenus en dehors des clauses licites d'indexation qui doivent alors figurer dans le contrat ;

6° d'affecter les paiements effectués en début d'année scolaire par le consommateur aux autres trimestres ainsi que celles exigeant un prélèvement bancaire, refusant le paiement en espèces, exigeant la remise de chèques non entièrement remplis ;

7° d'écarter l'application de la loi n°78-22 du 10 janvier 1978 sur le crédit ;

8° de contraindre le consommateur à accepter des ventes ou des services liés ou subordonnés ;

9° de permettre au professionnel de rompre unilatéralement le contrat à tout moment ;

10° de prévoir des clauses pénales excessives et que, dans tous les cas où une clause pénale est stipulée, soient rappelées les dispositions de l'article 1152 du code civil ;

11° d'empêcher la résiliation du contrat à la demande du consommateur qui justifie d'un motif sérieux et légitime. »

Texte adopté le 7 juillet 1989

Recommandation n°4

Exiger que l'école employeur s'assure de l'inscription au fichier ADELI de tous les enseignants ostéopathes

Recommandation n°5

Approfondir la pertinence de la formulation actuelle du critère d'engagement dans une démarche d'évaluation de la qualité de l'enseignement dispensé, principalement au regard de sa faisabilité et de son efficacité.

Recommandation n°6

Les stages en ostéopathie doivent faire l'objet de conventions précises qui définissent les obligations des maîtres de stage et les conditions de validation de ces périodes de stage au titre de la pratique de l'unité C.

Recommandation n°7

Après concertation avec les écoles, fixer un volume minimal d'heures de pratique clinique au sein de la partie pratique de l'unité C. Définir des ratios d'encadrement pour les enseignements pratiques en établissement et les stages à l'extérieur.

Recommandation n°8

Aménager la composition et améliorer le fonctionnement de la commission d'agrément.

Cette recommandation est accompagnée de diverses mesures de changement de composition : Par rapport à la composition actuelle de cette commission, la mission propose les aménagements suivants :

faire présider la commission par un magistrat ou un haut fonctionnaire n'appartenant pas à l'administration gestionnaire (DHOS) de manière à favoriser l'indépendance souhaitable à la conduite des travaux ;

introduire la parité des nombres entre les représentants des administrations et les professionnels ;

assurer la participation de toutes les administrations concernées, à savoir : un représentant de la DHOS, un représentant de la DGS (non représentée actuellement), un représentant de la direction générale de l'enseignement supérieur (un recteur actuellement), un représentant de la DGCCRF (non représentée actuellement), un représentant des services déconcentrés chargés du contrôle de ces écoles (ARS ou DRJSCS, non représentés actuellement) ;

la participation d'un représentant des conseils régionaux ne paraît plus utile ; elle a été très épisodique dans le passé et, à la différence de la situation qui prévaut pour écoles d'auxiliaires médicaux, les conseils régionaux n'ont pas de compétence en matière de formation des ostéopathes ;

assurer, à parité avec les représentants des administrations, la représentation des ostéopathes non professionnels de santé, des médecins (conseil national de l'ordre), des masseurs-kinésithérapeutes (conseil national de l'ordre) et des écoles agréées de formation à l'ostéopathie (non représentées actuellement).

Pour chaque demande d'agrément, un rapporteur instructeur devrait être désigné parmi les agents chargés du contrôle au niveau local.

Recommandation n°9

Préciser le contenu et les limites de l'agrément accordé en énumérant les points dont la modification doit impérativement être signalé à l'autorité administrative.

Selon les rapporteurs, la durée d'agrément devrait être illimitée, à charge pour l'administration de contrôler la conformité du fonctionnement de l'école aux normes en vigueur et aux conditions d'agrément. En outre, l'agrément doit comporter au

minimum :

- L'identité et l'adresse du titulaire de l'agrément
- La localisation et l'adresse des locaux permanents d'enseignement
- L'effectif maximal d'élèves susceptibles d'être admis en 1^{ère} année du cursus de formation.

Recommandation n°10

La DHOS doit assurer un suivi régulier du nombre de diplômes délivrés chaque année par chacune des écoles agréées.

Et notamment en donnant au secrétariat de la commission a d'hoc les moyens humains et logistiques nécessaires pour assurer la gestion et le suivi de ces dossiers.

Recommandation n°11

Définir les critères substantiels d'agrément, incluant l'adéquation des locaux aux différentes modalités d'enseignement.

Selon les rapporteurs, les critères suivants au minimum sont indispensables :

- la pertinence du projet pédagogique et sa conformité au référentiel de formation ; l'adéquation de la localisation et de l'aménagement des locaux permanents par rapport au projet pédagogique et à l'effectif des élèves dans les différentes années de formation ;
- la conformité des locaux en matière de sécurité et d'accessibilité ;
- l'adéquation des moyens pédagogiques par rapport au projet pédagogique et à l'effectif des élèves dans les différentes années de formation ;
- la qualification du directeur ;
- la qualification et la recevabilité des titres des enseignants et tuteurs ;
- la pertinence et la qualité des stages offerts aux élèves ;
- la pertinence (en quantité et qualité) de la formation à la pratique ostéopathique.

Recommandation n°12

Toiletter la liste des pièces à joindre à la demande d'agrément (annexe à l'arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires).

Recommandation n°13

Élaborer le référentiel de formation à l'ostéopathie.

Recommandation n°14

Utiliser les 860 heures supplémentaires pour renforcer les enseignements actuels de biologie et de physiopathologie (UF 1 à 6) qui passeraient de 1.435 à 2.295 heures
Diversifier les modalités pédagogiques incluant des travaux dirigés et des stages d'observation dans des établissements de santé.

Recommandation n°15

Poursuivre les contrôles dans les écoles grâce aux services déconcentrés.

Les rapporteurs se sont servis d'un certain nombre de formulaires développés par la mission IGAS et le concours de la DRASS de Rhône-Alpes. Ces formulaires, joints en annexe au rapport, sont les suivants :

- Table de contrôle d'un établissement agréé de formation à l'ostéopathie (format MS Word)
- Tableau de suivi pédagogique (format MS Excel)
- Bilan de scolarité (format MS Excel)
- Tableau de mesure et de suivi de la pratique clinique (format MS Excel)
- Tableau d'analyse budgétaire sommaire (format MS Excel)

Les quatre derniers pourraient être utilement utilisés en routine par les écoles.

Recommandation n°16

Les pouvoirs publics (ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur) doivent assurer par eux-mêmes la reconnaissance des diplômes universitaires susceptibles d'ouvrir droit à l'usage professionnel du titre d'ostéopathe.

Le bien-fondé de l'adjonction du terme « ostéopathie » dans l'intitulé actuel du diplôme interuniversitaire de « médecine manuelle - ostéopathie » mériterait d'être réévalué par les autorités académiques et leur tutelle.

Recommandation n°17

Réévaluer le bien-fondé de l'adjonction du terme « ostéopathie » dans l'intitulé actuel du diplôme interuniversitaire de « médecine manuelle - ostéopathie ».

Recommandation n°18

Faire cesser la concurrence déloyale que les professionnels de santé conventionnés font aux ostéopathes exclusifs et lutter contre les cotations abusives à la charge de l'assurance maladie.

Voici les motivations des rapporteurs :

Pour faire cesser la concurrence déloyale que les professionnels de santé conventionnés font aux ostéopathes exclusifs, il conviendrait de mettre fin à la possibilité pour un praticien de santé de cumuler l'usage professionnel du titre d'ostéopathe et le conventionnement avec l'assurance maladie.

En outre, pour les médecins généralistes, cette mesure serait conforme à la définition de la médecine générale comme médecine de premier recours. La loi L-IPST, avec la rédaction d'un nouvel article L. 4130-1 du code de la santé publique, fixe désormais une série de missions qui recentrent la médecine générale sur le soin au patient et la coordination des soins, missions qui semblent difficilement compatibles avec les exercices particuliers et au premier chef l'ostéopathie.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, pour lesquels la dérive vers l'ostéopathie a pour corollaire la « *médicalisation de leur pratique* » dans des conditions contestables, le retour vers une pratique que l'on pourrait qualifier de plus orthodoxe serait le meilleur moyen de répondre aux vives critiques qu'entraînent la possibilité de faire prendre en charge par l'assurance maladie des actes d'ostéopathie, qui au surplus ne font pas partie de leur décret de compétence, à l'occasion de séances facturées en lettres-clés AMK.

OSTEOPATHE
DO MROF



Devenir Ostéopathe
Registre des Ostéopathes de
France

Recherche



[Actualités](#)

[Comprendre la situation](#)

[Devenir ostéopathe](#)

[Où se former](#)

[Futurs professionnels](#)

[Des questions?](#)

Comparatif des formations post Bac en 2012/2013:



Établissements	Etabl. Titulaires de la charte Erasmus	Etabl. Titulaires du RNCP N°1	Etabl. Titulaires certification ISO 9001	Nbre d' étudiants en 1 ^{ère} année	Encadre -ment Nbre de formateurs Titulaires (hors assistants étudiants)	Clinique dans l'école	Clinique Nbre de patients pris en charge intégrale -ment par chaque étudiant durant toute la scolarité
ATMAN (Nice)	OUI	OUI	OUI			OUI	
ATSA FI				40		OUI	
CEESO (LYON)	OUI	OUI	OUI	60	16	OUI	117 en moyenne en 2011/2012
CEESO (PARIS)	OUI	OUI	OUI	80	18	OUI	190 en moyenne en 2011/2012
CIDO (St Etienne)	OUI	OUI	OUI	60		OUI	
COE (Cergy Pontoise)	OUI	OUI	OUI	120	101	OUI	450
COP (Marseille)	OUI	OUI	OUI	60		OUI	
COPB (Bayonne)				40		OUI	
COS Atlantique (St Herblain)			OUI	120		OUI	
COS Aquitaine (Bordeaux)			OUI	120		OUI	
COS Paris (St Ouen)			OUI	120		OUI	
COS Strasbourg Europe (Strasbourg)			OUI	120		OUI	
CSO Paris (Nanterre)	OUI		OUI		70	OUI	
CSO (Toulouse)	OUI		OUI	39	45	OUI	520
Ecole supérieure privée d'ostéopathie-							

Le Registre des Ostéopathes de France ne peut cautionner les formations en moins de 4000 heures qui ne comportent pas la totalité du bagage technique (viscéral et crânien) nécessaire pour former pleinement un ostéopathe. Comme le préconise l'Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport de 2010, nous préférons les formations en 4200 heures en accord avec nos critères d'entrée.



Pourquoi un critère de stabilité financière de l'établissement :

Définition : L'Analyse financière a pour mission de donner une vision synthétique montrant la réalité de la situation financière d'une entreprise afin d'aider les décisionnaires, l'investisseur et le prêteur dans leur prise de décision.

Pourquoi ce renseignement serait-il intéressant dans la sélection d'un établissement de formation en Ostéopathie ? Lorsque l'on se lance dans une formation d'au moins 5 ans, on est en droit de rechercher un enseignement de qualité et une scolarité sans embûches.

Un bilan financier fragile pourrait signifier la possibilité,

Horizon (Strasbourg)							
ESO (Emerainville)	OUI	OUI	OUI	230		OUI	
IDHEO (Orvault)	OUI	OUI	OUI	60	140	OUI	
IDO (Paris)	OUI			100		OUI	
IFOGA (Avignon)	OUI			40		OUI	
IJOB (Bordeaux)				50 max	20	OUI	
IOR (Rennes)				34		En septembre 2013 OUI	
IPEO (Pantin)	OUI			28			
IPEO (Montpellier)				28			
ISO Aix (Meyreuil)			OUI	80		OUI	
ISOGM (Beziers)			OUI	60		OUI	
ISO (Lille)			OUI	75		OUI	
ISOstéo (Lyon)	OUI	OUI		160		OUI	
ISO Paris (Lognes)			OUI	46		OUI	
ITO (Labège)	OUI	OUI	OUI	55		OUI	
OSTEOBIO (Cachan)	OUI			98		NON	

voire l'obligation, pour l'établissement considéré, de faire certains choix en termes d'investissement sur tel ou tel poste de fonctionnement, qu'il s'agisse de pédagogie, de locaux, de communication ou autres... Il vous appartient de poser des questions lors des entretiens, ou des journées "portes ouvertes". Ainsi, vous pourrez vous faire une idée, la plus juste possible, sur l'établissement "candidat".



Qu'est ce que :

- La charte Erasmus (en bas de page)
- RNCP Niv 1 (en bas de page)
- Certification ISO 9001 (en bas de page)

Établissements	Durée Etudes (nb années)	Volume Horaire total	Coût de scolarité (en €/an)	Solidité Financière de l'établ. (Societe.com)	Site internet de l'école
ATMAN (Nice)	5	5134	7990	SITUATION	www.atman.fr
ATSA FI (Limonest)	5	4800	7400	SITUATION	www.atsafi.com
CEESO (LYON)	5	4372	7950	SITUATION	www.ceeso.com
CEESO (PARIS)	5	4372	7950	SITUATION	www.ceeso.com
CIDO (St Etienne)	5	4532	8060	SITUATION	www.cido.fr
COE (Cergy Pontoise)	5	5900	8252	SITUATION	www.osteo-coe.fr
COP (Marseille)	5	4275	8000	SITUATION	www.copr.com
COPB (Bayonne)	3	2660	9500	SITUATION	www.college-osteopathie.com
COS Atlantique (St Herblain)	5	4550	7980	SITUATION	www.cos-osteopathie.fr/cos-atlantique.html
COS Aquitaine (Bordeaux)	5	4550	7980	SITUATION	www.cos-osteopathie.fr/cos-aquitaine.html
COS Paris (St Ouen)	5	4550	7980	SITUATION	www.cos-osteopathie.fr/cos-ile-de-france.html
COS Strasbourg Europe	5	4550	7980	SITUATION	www.cos-osteopathie.fr/cos-strasbourg-europe.html
CSO Paris (Nanterre)	5	4420	7950	SITUATION	www.osteo.fr
CSO (Toulouse)	5	5000	7800	SITUATION	www.cso-toulouse.fr/
ESO (Emerainville)	6	5350	8050	SITUATION	www.eso-supotheo.fr/
ESPO-Horizon					
IDHEO (Orvault)	5	4408	7600	SITUATION	www.idtheo.com/
IDO (Paris)	4	3520	7850	SITUATION	www.institutdauphine.com/
IFOGA (Avignon)	5	4000	7990	SITUATION	www.ifoga.fr
IJOB (Bordeaux)	5	4515	7500 puis 6900 en 4 & 5 année	SITUATION	www.institut-osteopathie-bordeaux.fr
IOR (Rennes)	5	4391	7524	SITUATION	www.osteo-rennes.fr

Etablissements titulaires

d'une charte ERASMUS:

Name of Organisation	Application Reference Number	Aw Ch
CIDO	250795-IC-1-2009-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
ITO	259422-IC-1-2011-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
ATMAN	260237-IC-1-2011-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
COE	246341-IC-1-2009-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
CEESO LYON	251355-IC-1-2009-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
CEESO PARIS	247719-IC-1-2009-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
ISTOSTEO	259198-IC-1-2011-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Pla
IDO	261546-IC-1-2012-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
ESO	249296-IC-1-2009-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Ext
IDHEO	244699-IC-1-2008-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
COP	250001-IC-1-2008-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
CSO Toulouse	259354-IC-1-2011-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
CSO Paris	259360-IC-1-2011-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
IJOB	262612-IC-1-2013-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta
IPEO Pantin	262616-IC-1-2013-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Ext
OSTEOBIO	262816-IC-1-2013-1-FR-ERASMUS-EUC-1	Sta

IPEO (Pantin)	5	4496	6870	SITUATION	www.institut-ipeo.fr/
IPEO (Montpellier)	5	4496	6870	SITUATION	www.institut-ipeo.fr/
ISO Aix (Meyreuil)	5	4150	7700	SITUATION	www.aix-osteopathie.com/
ISOGM (Beziers)	5	4530	7100	SITUATION	www.ecole-osteopathie.com/
ISO (Lille)	5+1/2	4800	7350	SITUATION	www.lille-osteopathie.fr/
ISOstéo (Lyon)	5	4241	7900 1ere année puis 8700	SITUATION	www.isosteo.fr/
ISO Paris (Lognes)	5+1/2	5000	7974		www.paris-osteopathie.com/
ITO (Labège)	5 + 1 année professionnalisante	5000	8036 (RC Inclusive)	SITUATION	www.ito.fr
OSTEOBIO (Cachan)	5	3904	7320	SITUATION	www.osteobio.net

Toutes les données publiées ici provenant d'éléments disponibles sur les sites internet de chaque établissement de formation, à la date de rédaction du présent texte, il appartient à ceux-ci de nous signaler toute erreur ou toute modification qu'il souhaiterait y voir figurer.

A défaut, le ROF ne saurait être tenu pour responsable qui s'avèrerait inexacte.

De même, chaque établissement devra faire parvenir au ROF, dans un délai maximum de quinze jours avant son entrée en vigueur, toute modification de son cursus d'enseignement, faute de quoi cette absence de transmission sera de la responsabilité exclusive de l'organe de formation.

Notre volonté étant d'informer au plus près les étudiants, et de leur faire bénéficier des meilleures références de chacun, nous sommes convaincus que les établissements de formation se feront un devoir de nous assister dans ce rôle de relais avec leurs futurs clients potentiels, qui pour nous sont surtout des futurs confrères.

[Page d'accueil / Contactez-Nous](#)
© 2012 Registre des Ostéopathes de France



[Actualités](#) [Comprendre la situation](#) [Devenir ostéopathe](#) [Où se former](#) [Futurs professionnels](#) [Des questions?](#) [Extranet](#)

Les 6 compétences d'un ostéopathe et leurs domaines de ressources

<p>COMPÉTENCE 1 DE L'OSTÉOPATHE</p>	<p>Adopter une posture professionnelle conforme aux normes légales, réglementaires et déontologiques applicables à l'ostéopathie</p>	<p>Composantes essentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> En apportant au patient des réponses adaptées à sa demande et conformes aux normes applicables à l'ostéopathie En renvoyant à une grille en charge périspatiale non jointe ou en dehors de son champ de compétence En proposant des modalités complémentaires ou alternatives de prise en charge favorisant la mise en place d'une alliance thérapeutique
<p>COMPÉTENCE 2 DE L'OSTÉOPATHE</p>	<p>Mettre en œuvre une alliance thérapeutique en répondant de manière judicieuse à la demande du patient</p>	<p>Composantes essentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> En argumentant sur l'importance de la démarche systémique dans une prise en charge périspatiale En proposant des modalités d'accompagnement appropriées au patient pour l'impliquer dans la prise en charge personnelle de sa santé En mettant en place une relation thérapeutique du patient propice à l'émergence d'un engagement réciproque
<p>COMPÉTENCE 3 DE L'OSTÉOPATHE</p>	<p>Établir un diagnostic d'opportunité ostéopathique fondé sur une démarche critique et systémique des données de l'anamnèse et des dysfonctions somatiques du patient</p>	<p>Composantes essentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> En obtennant par une anamnèse, des investigations sensorielles, visuelles, palpatoires, etc. l'et de mobiliser les dysfonctions somatiques des tissus du patient En distinguant des données issues des hypothèses étiologiques et diagnostiques dans le cadre d'une démarche systémique En corrélant les données issues de l'anamnèse et de l'analyse sensorielle aux données médicales et médicales ostéopathiques afin d'établir un diagnostic d'opportunité
<p>COMPÉTENCE 4 DE L'OSTÉOPATHE</p>	<p>Améliorer l'état de santé du patient par la mise en œuvre raisonnée d'un traitement ostéopathique</p>	<p>Composantes essentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> En élaborant une stratégie systémique de traitement en adéquation avec le diagnostic d'opportunité En appliquant un traitement ostéopathique approprié à une stratégie thérapeutique En collaborant avec des professionnels du système de santé dans l'intérêt du patient
<p>COMPÉTENCE 5 DE L'OSTÉOPATHE</p>	<p>Contribuer scientifiquement et qualitativement à l'évolution de la pratique ostéopathique</p>	<p>Composantes essentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> En faisant évoluer ses techniques thérapeutiques En modifiant sa pratique périspatiale en fonction des évolutions professionnelles En participant à une production de savoirs scientifiques validés en son domaine
<p>COMPÉTENCE 6 DE L'OSTÉOPATHE</p>	<p>Développer une activité professionnelle pérenne dans des conditions conformes à la pratique de l'ostéopathie</p>	<p>Composantes essentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> En assurant une organisation de l'exercice professionnel conforme à l'activité d'ostéopathe En acquérant ses savoirs de compétence en renvoyant à gérer une problématique en en déléguant à un professionnel d'autre En définissant des indicateurs de gestion d'activité pérennes pour assurer la fonctionnement pérenne de l'activité professionnelle

Le référentiel propose 9 domaines de ressources multidisciplinaires, intégrées dans le parcours de professionnalisation de l'étudiant dans une perspective de mobilisation et de combinaison au service des compétences.

1. Anatomie, physiologie et biomécanique humaines (770 heures)
2. Sciences et pratiques appliquées à l'ostéopathie (1 450 heures)
3. Sciences cliniques et diagnostic d'opportunité (720 heures)
4. Apprentissages cliniques en situation (1 000 heures)
5. Sciences fondamentales appliquées (190 heures)
6. Méthodologie de la recherche (100 heures)
7. Langue vivante étrangère (110 heures)
8. Sciences humaines et communication (140 heures)
9. Économie - Gestion - Marketing - Législation (70 heures)

Référentiel respectant intégralement les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé indiquant clairement que la formation d'un ostéopathe s'évalue sur un parcours d'apprentissage d'un minimum de 4 465 heures dont 1 000 heures de pratique clinique encadrée.

Par ISABELLE CASTÉRA

© www.sudouest.fr 2013

Santé : les ostéopathes recalés du CHU de Bordeaux

Des ostéopathes libéraux intervenaient à l'hôpital public de Bordeaux depuis 2003. Leur convention a été cassée. Explications.



Dans le service du docteur Elleau à l'hôpital Pellegrin, les ostéopathes aidaient les prématurés à se débarrasser des tensions subies par les soins intensifs à leur début de vie. (archives Fabien cottereau)

Ils n'ont rien vu venir. Une vingtaine d'ostéopathes installés à Bordeaux interviennent au sein de deux services du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux depuis 2003. À titre bénévole. Avec une constance et une application ultra-professionnelle, sous le regard conquis des deux chefs de service qui les ont sollicités. Le docteur Christophe Elleau, responsable de l'unité fonctionnelle de néonatalogie de Pellegrin et le professeur Jean-Benoît Thambo, dirigeant l'unité de cardiopathies congénitales de l'enfant, à Haut-Lévêque.

Il y a trois semaines, les ostéos ont tous reçu une lettre recommandée avec accusé de réception leur signifiant que la convention qui les liait au CHU était rompue. Sans le moindre début d'explication.

La prime aux kinés « maison »

Virginie Valentin, secrétaire générale du CHU de Bordeaux explique que le courrier reçu par les ostéopathes intervenants au CHU « est normal, légal ». « Ce qui se passe à Bordeaux se passe ailleurs en France, lâche-t-elle. Depuis 2003, les kinés de l'hôpital ont pu suivre des formations d'ostéopathes et sont désormais en mesure de proposer ces prestations. Nous n'avons plus besoin du tout d'intervenants extérieurs en fait, ni des kinés-ostéos ni des autres. »

« Nous entendons ainsi nous caler sur la position de l'université Bordeaux 2, avec qui nous avons des liens étroits. Question de cohérence institutionnelle. »

En effet, Bordeaux 2 dispense, pour les professionnels médicaux, des formations d'ostéopathes (diplômes universitaires) qui à ce jour, sont en concurrence avec les écoles d'ostéopathie de Bordeaux, notamment le COS et l'Institut ostéopathique de Bordeaux. « Les kinés du CHU seront légitimes pour intervenir dans les différents services, ils auront en plus le droit de consulter les dossiers des patients, ce qui n'était pas le cas pour les ostéos de l'extérieur », a signalé Virginie Valentin.

I. C.

Jean Ducourneau, ostéopathe à Bordeaux depuis plus de vingt ans,

25 praticiens sous un seul et même toit

La Maison médicale à Agneaux va ouvrir le 4 février.

Le projet de Maison médicale pluridisciplinaire touche à sa fin à Agneaux. Après un an et demi de travaux, cette Maison de santé ouvre ses portes le lundi 4 février prochain. C'est à la fin de l'année 2009 que ce dossier a été abordé pour la première fois, lorsque les médecins généralistes rencontrent les représentants de la Mairie pour exposer leur souhait commun d'un regroupement des professionnels de santé sous un même toit. Car plusieurs constats inquiétaient ces médecins. Le premier : leurs locaux n'étaient plus adaptés pour recevoir dans de bonnes conditions leurs patients. À compter du 1^{er} février 2015, tous les bâtiments accueillant du public doivent être en conformité avec la loi sur le handicap qui prévoit l'accessibilité aux personnes handicapées. D'où, pour la plupart des praticiens, la nécessité de déménager ou bien de s'engager dans un processus de travaux longs et coûteux. *"Auparavant, nous étions à l'étage sans ascenseur, explique Christiane Pécot, dentiste, Maintenant, nos locaux ont toutes les commodités nécessaires avec des normes de stérilisation et d'hygiène optimales".*

Attirer les jeunes médecins

Second constat : il est nécessaire de se regrouper pour lutter contre un fléau qui envahit les territoires ruraux depuis plusieurs années : la désertification médicale. Beaucoup de jeunes médecins préfèrent s'installer dans de grandes villes afin de pouvoir compter sur une offre de service plus large et délaissent les plus petites communes. Devenir médecin généraliste, seul, n'intéresse plus énormément.

25 praticiens regroupés

C'est d'ailleurs pour cela que la Mairie d'Agneaux s'est lancée dans ce projet qui, pour certains semble démesuré, mais qui pour d'autres, notamment les personnes âgées, sera un vrai plus. La Maison médicale pluridisciplinaire accueille neuf généralistes : D^r M-C. Ballière, D^r Y-M. Houdayer, D^r T. Michel, D^r A. Pasquet, D^r A. Perré-Michel, D^r D. Picot, D^r A. Poisson, D^r J. Scire et D^r E. Vidon. Cinq masseurs-kinésithérapeutes : P. Brossault, E. Desmonts, J. Lechapelays, G. Lecluze et R. Pesez. Trois dentistes : P. Pécot, C. Pécot et P. Habest. Quatre infirmières : E. Achard, M. Declomesnil, N. Jeanne et M. Rouge. Un orthoptiste : L. Catherine. Un ostéopathe : O. Lebreton. Un pédicure : D. Pouppeville. Une diététicienne : A. Lebreton. Une aubaine pour les seniors ou les mères de famille qui ont dorénavant, dans une même Maison, tous leurs praticiens. Mais également une réelle avancée pour les médecins et infirmières qui peuvent communiquer plus aisément et se

concerter pour prendre des décisions médicales complexes. *"C'est un gros avantage de travailler avec d'autres médecins et spécialistes. Cela facilite les contacts directs, les échanges et le travail en collaboration"* ajoute Pierre Brossault, kinésithérapeute. Une porte ouverte est organisée le 9 février à 14 h.

2 FÉVRIER 2013

Lanmeur, ses 2 200 habitants et ses 24 professionnels de santé

Sur la route qui mène aux plages de sable fin, le cabinet médical est fermé. À vendre ! Premices d'un nouveau désert médical dans cette zone rurale du Trégor finistérien ? Non. Lanmeur, 2 220 habitants, à mi-chemin entre Morlaix et les Côtes-d'Armor, inaugure son pôle de santé universitaire dans l'ancienne maternité, au pied de l'église.

Chacun son bureau de 25 m²

« À la fin du mois, les 24 professionnels de santé – médecins, infirmières, sages-femmes, chirurgiens dentistes, ostéopathe, psychologue, orthophonistes, podologue – auront tous pris possession de leur bureau », se réjouit Jean-Luc Fichet, le sénateur-maire. Dix ans de travail, de réflexion avec les médecins du centre médical, d'analyses, d'études, de recherches de praticiens et une farouche volonté de garder son offre médicale. La commune a investi 1 million d'euros dans la réhabilitation des 900 m² de l'ancienne maternité. Un projet public-privé amorti par les loyers.

Les plâtres et peintures à peine secs, le cabinet dentaire accueille ses clients. « Nous venons des



Le pôle santé universitaire permet aux différentes composantes médicales de travailler en synergie et en groupe.

Ardennes où nous avons été contactés par la municipalité. On a été séduit par le projet », résume le couple de chirurgiens dentistes

des étudiants en stage que nous logeons sur place. Une offre attractive qui permet de mieux recruter », explique Jean-Luc Fichet.

Même « luxe » à l'étage consacré aux cinq médecins et aux deux cabinets infirmiers et une salle de réunion. « Chaque médecin occupe un bureau de 25 m². Chaque cabinet est équipé du nécessaire pour la bobologie, ce qui évite les Urgences à Morlaix. Les internes stagiaires bénéficient également de leur propre bureau », détaille Jean-Luc Le Rest, un des instigateurs du pôle, médecin généraliste à Lanmeur et enseignant à la faculté de médecine de Brest.

Il observe que « la faculté forme les médecins pour l'hôpital mais pas pour la ville ». Et voit un réel intérêt pour ces stages obligatoires parrainés par un médecin généraliste qualifié pour les externes et les internes. « Ici, ils apprennent la médecine de la vraie vie et comment le médecin se préoccupe de la population. » Sans oublier la télémédecine et l'informatique qui permettent à tous d'accéder au dossier sécurisé du patient.

Gilles ALLIAUME.

Ouest-France
7/02/2013

[Accueil](#) » [Actualités](#)

Les 50 métiers préférés des Français



Le magazine e-orientations vient de publier un numéro spécial sur le Palmarès des métiers 2013 avec un classement des [50 professions préférées des Français](#). D'après ce sondage, c'est encore une fois le métier de photographe qui remporte tous les suffrages. Un métier qui fait rêver, mais dans lequel il n'y a malheureusement pas beaucoup de débouchés...

Les professions médiatisées au top !

Derrière ce métier numéro un, on retrouve beaucoup de professions qui sont sous le feu des projecteurs, notamment au cinéma, dans les émissions de télévision ou les séries : le chef cuisinier, gagne ainsi quatre places par rapport à l'an dernier, sans doute grâce aux émissions du style Top Chef ou Master Chef qui contribuent à en donner une image positive.

L'architecte d'intérieur se maintient en tête du classement malgré une place perdue, il va falloir que Valérie Damidot se remette au boulot !

Bien classé également, l'ingénieur de la police scientifique, régulièrement mis à l'honneur dans les séries policières et les reportages de faits divers que toutes les chaînes de TV diffusent, rediffusent et re-rediffusent depuis une dizaine d'années. Même chose pour les métiers de détective privé, d'archéologue (sans doute le plus bouché), de pilote de ligne et celui de journaliste qui font toujours rêver malgré des fortunes diverses dans la vraie vie.

Les métiers de la santé ont la cote

e-orientations note également *"l'attrait des métiers de la santé et du social. Ces professions réalisent un véritable tir groupé, occupant près de la moitié des 20 premières places : vétérinaire (5e), médecin (8e), chirurgien (9e), masseur-kinésithérapeute (10e), ostéopathe (12e), éducateur spécialisé (14e), pharmacien (18e)"*. Des métiers utiles qui confirment leur bonne image.

Les métiers du web et des nouvelles technologies sont aussi bien représentés avec le cinéaste d'animation (21^{ème} place), le graphiste (24^{ème}), le gamedesigner (33^{ème}) et le webdesigner (35), suivi à la 44^{ème} position par le designer éditorial (il faudra qu'on m'explique en quoi ça consiste exactement !), le [community manager](#), 48^{ème}, et le développeur d'applications mobiles avant-dernier, juste devant le media planner qui finit en queue de peloton.

- 1 Photographe
- 2 Chef cuisinier
- 3 Journaliste
- 4 Architecte d'intérieur

- 5 Vétérinaire
- 6 Archéologue
- 7 Réalisateur
- 8 Médecin
- 9 Chirurgien
- 10 Masseur-kinésithérapeute
- 11 Ingénieur de la police scientifique
- 12 Ostéopathe
- 13 Pilote de ligne
- 14 Educateur spécialisé
- 15 Acteur
- 16 Styliste
- 17 Responsable de programme solidaire international
- 18 Pharmacien
- 19 Expert-comptable
- 20 Détective privé
- 21 Cinéaste d'animation
- 22 Illustrateur
- 23 Avocat
- 24 Graphiste
- 25 Régisseur d'orchestre
- 26 Chanteur
- 27 Psychologue
- 28 Organisateur d'événement
- 29 Chef d'entreprise
- 30 Producteur
- 31 Directeur artistique
- 32 Juge d'instruction
- 33 Game designer
- 34 Ecrivain
- 35 Webdesigner
- 36 Notaire
- 37 Chef de projet événementiel
- 38 Wedding planner
- 39 Manager de restaurant
- 40 Dentiste
- 41 Chef de projets énergies renouvelables
- 42 Home-stager
- 43 Banquier
- 44 Designer éditorial
- 45 Professeur des écoles
- 46 Expert immobilier
- 47 Croupier
- 48 Community manager
- 49 Développeur d'applications mobiles
- 50 Média-planner

Voir le classement sur le site [e-orientations](#).

Publié le mercredi 20 mars 2013 · 11:34 · Par FmR