

AFC, AFO, OdF, SFDO, SNOF

Ostéopathie

Chiropratique

9 septembre 2003 – 13 février 2004



Compte rendu des réunions
au Ministère de la Santé
sous la présidence des Professeurs
Guy Nicolas et Bertrand Ludes

**Compte rendu des réunions
du
Groupe de réflexion sur la formation et l'exercice des professions
d'Ostéopathe et de Chiropracteur
Ministère de la Santé**

9 septembre 2003 - 13 février 2004

Sommaire

✓ **Commission**

☞ Thèmes des réunions	2
☞ Réunion du 9 septembre 2003	3
☞ Réunion du 30 septembre 2003	7
☞ Réunion du 14 octobre 2003	12
☞ Réunion du 4 novembre 2003	19
☞ Réunion du 25 novembre 2003	28

✓ **Sous commission enseignement**

☞ Réunion du 14 janvier 2004	38
☞ Réunion du 13 février 2004	40

Cette compilation a été réalisée à partir des originaux des comptes rendus acceptés et signés par les organisations représentatives de la profession d'ostéopathe et de chiropraticien. Ces comptes rendus ont été remis régulièrement après chaque réunion à Monsieur le Professeur Guy Nicolas et à Madame Ingrid Maghfour.

Thèmes des réunions du groupe de travail sur l'ostéopathie et la chiropraxie

Les réunions suivantes nécessitent une contribution écrite de chaque organisation professionnelle et, dans la mesure du possible, une comparaison au niveau international de la pratique de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

Réunion préparatoire (9 septembre de 15h à 17h)

Méthodologie du groupe de travail

1^e réunion (30 septembre de 15h à 17h)

Définition de l'ostéopathie et de la chiropraxie

- ❖ Définition spécifique de chacune de deux spécialités
- ❖ Différences et points communs entre l'ostéopathie et la chiropraxie
- ❖ Différences et points communs avec les autres professions de santé médicale et paramédicale

2^e réunion (14 octobre de 15h à 17h)

Pratique de l'ostéopathie et de la chiropraxie : liste des techniques utilisées et des pathologies soignées – Recommandations de bonnes pratiques

- ❖ Dans le cadre de la prévention
- ❖ Dans le cadre des soins

3^e réunion (4 novembre de 15h à 17h)

Définition des actes – Recommandations de bonnes pratiques

- ❖ Explication des termes
- ❖ Champ de compétence (frontières avec les autres professions de santé), accès au patient en première intention ou non (diagnostic)
- ❖ Actes à risque

4^e réunion (25 novembre de 15h à 17h)

Formation initiale

- ❖ Création d'un diplôme spécifique
- ❖ Contenu et volume horaire
- ❖ Passerelles avec les autres formations
- ❖ Agrément des écoles

5^e réunion (16 décembre de 15h à 17h)

Exercice professionnel

- ❖ Modes d'exercice (libéral et salarié)
- ❖ Prescription des actes

6^e réunion

Reconnaissance des ostéopathes et chiropracteurs exerçant actuellement en France

- ❖ Grille des critères de validation
- ❖ Conditions de diplôme et d'expérience professionnelle

Les réunions intitulées « 5^e réunion » et « 6^e réunion » ont été reportées en raison de la programmation des réunions de la sous-commission enseignement présidée par Monsieur le Professeur Bertrand Ludes.

Réunion du 9 septembre 2003.

La réunion débute comme prévu à 15 heures. Malgré la demande de Michel SALA auprès du Professeur THIBAUT, les suppléants ne sont pas autorisés à participer à la réunion, même à titre d'observateurs, au motif que déjà de nombreuses personnes y participent (plus de 20), et qu'il est nécessaire que les travaux puissent se dérouler dans de bonnes conditions.

Membres de l'administration

DHOS

- ◆ M. Guy NICOLAS, Conseiller médical à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- ◆ Mme Claudine MESCLON, Chef du bureau P2 à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- ◆ M. Louis-René AUBENAS, Adjoint au Chef du bureau P2 à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- ◆ Mme Ingrid MAGHFOUR, bureau P2 à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

DGS

- ◆ Mme Dominique DE PENANSTER, Adjointe au Sous-Directeur à la direction générale de la santé
- ◆ M. Jean-Marc BRAICHET, Chef du bureau SD2C à la direction générale de la santé
- ◆ Mme Véronique SABLONNIERE, Adjointe au Chef du bureau SD2C à la direction générale de la santé
- ◆ Mme Anne-Marie GALLOT, bureau SD2C à la direction générale de la santé

Membres de l'ANAES

- ◆ Docteur Jacques ORVAIN
- ◆ Docteur Michel GEDDA

Membres du Conseil de l'Ordre

- ◆ Dr Boris CHATIN, Ordre National des médecins

Membres des organisations professionnelles représentatives

- ◆ M. Sylvain PARNY, **Association Française de Chiropratique (AFC)**
- ◆ M. Michel SALA, **Association Française d'Ostéopathie (AFO)**
- ◆ Dr. Bruno BUREL, **Association des médecins Ostéopathes de France (OSTEOS DE FRANCE)**
- ◆ M. Philippe STERLINGOT, **Syndicat Français des Ostéopathes (SFDO)**
- ◆ M. Jean-Louis FARAUT, **Syndicat National des Ostéopathes de France (S.N.O.F)**
- ◆ M. Armand GERSANOIS, **Union Fédérale des Ostéopathes de France (UFOF)**

Membres des organisations de Masseurs Kinésithérapeutes

- ◆ M. J. LAPOUMEROULIE, Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR)
- ◆ M. Eric PASTOR, Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR)

Membres d'autres organisations

- ◆ Professeur DIDIER, directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Dijon.
- ◆ Docteur Jean-Louis GARCIA, Président du Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie.

M. le Professeur THIBAULT souhaite la bienvenue, puis explique le motif de la présence des différents participants.

Les kinésithérapeutes et les médecins sont présents, car représentent des professions dont certains membres pratiquent l'ostéopathie.

Les associations d'ostéopathes et de chiropraticiens le sont aussi en raison de leur représentativité.

La DGS, la DHOS, et l'ANAES le sont également en raison de leur rôle dans l'organisation des deux professions. L'Education Nationale y siègera prochainement.

M. le Professeur THIBAULT rappelle le sens et les termes de la loi 2002-303 et énonce ensuite les thèmes de la loi qu'il va falloir élaborer, à savoir chaque décret cité dans celle-ci.

- ✓ Décret donnant la liste des établissements de formation agréés ou le type de formation agréée (programme et durée).
 - ✓ Décret sur la validation des diplômes délivrés à l'étranger.
 - ✓ Décret concernant les praticiens en exercice, à la date d'application de la présente loi (formation ou expérience professionnelle).
 - ✓ Liste des bonnes pratiques à enseigner (ANAES).
 - ✓ Décret rendant obligatoire la formation continue.
 - ✓ Décret pour la liste des actes et les conditions dans lesquelles les DO et DC sont appelés à les accomplir.
 - ✓ Diplômes, certificats, titres ou autorisations.
- M. le Professeur THIBAULT procède ensuite à un tour de table afin que chacun se présente.
 - Chaque représentant se nomme et présente l'association qu'il représente.
 - Seul M. LAPOUMEROULIE en profite pour déclarer que les kinésithérapeutes sont les précurseurs de l'Ostéopathie, et que pour eux, le pré requis kiné est indispensable à toute formation en Ostéopathie.
 - M. le Professeur CHATIN déclare qu'il est heureux, après de nombreuses années où un fossé séparait les médecines conventionnelles des non conventionnelles, ainsi que les médecins des non médecins, qu'une réglementation soit enfin en vue pour le combler. Il remercie le gouvernement et en souligne la volonté.
 - M. le Professeur THIBAULT en profite pour confirmer la volonté du gouvernement de l'élaboration la plus rapide possible des décrets. La date de fin du 1^{er} semestre 2004 est avancée comme certaine. Pour cela les travaux de notre commission doivent se terminer pour la fin de l'année.
 - M. PASTOR réplique alors que les délais sont courts pour produire suffisamment de documents, et que le risque existe que les conditions de discussion n'en soient pas facilitées.
 - M. le Professeur THIBAULT répond que le sujet n'est pas nouveau, que des associations ont beaucoup travaillé dans le passé, et que peut-être suffira-t-il de remettre à jour ce qui existe déjà pour avoir de bonnes bases.
 - M. le Professeur THIBAULT reprend la parole, pour dire que les groupes non retenus auront tout loisir de transmettre des contributions écrites, et que, par ailleurs, chaque

organisation pourra « inviter » des experts à sa convenance, en fonction des thèmes évoqués.

Puis, l'administration ne manquera pas de consulter d'autres instances, comme par exemple l'Académie de Médecine.

Enfin, il évoque la possibilité d'entendre les étudiants, premiers intéressés par la formation en cours.

Puis il laisse la parole à ceux qui veulent s'exprimer.

- Le Professeur DIDIER commence par évoquer son manque de connaissance du programme des études de l'Ostéopathie, et des établissements en place actuellement. Il souhaite des informations à ce sujet.
- M. SALA répond qu'il sera difficile, même en faisant le tour des associations présentes autour de la table de dresser l'inventaire complet des établissements de formation. En effet, depuis la loi de nombreux centres de formation « sauvages » se sont créés. Et ceux-ci ne sont pas sous le contrôle de nos associations.
- M. le Professeur THIBAUT répond qu'il ne sera peut-être pas nécessaire d'en faire la liste complète, étant entendu que les structures d'enseignement nées après le vote de la loi ne seront sans doute pas prises en compte.

Sur le modèle étranger, ce dernier précise qu'il est certainement intéressant de s'inspirer de ce qui se fait ailleurs pour proposer une formule en France. A ce titre, il souhaite que sur les documents que nous ferons parvenir au ministère, figure une comparaison à l'international.

Il aimerait également que les documents parviennent au ministère 10 jours avant chaque réunion, si possible des documents synthétiques et électroniques.

- M. SALA pose la question du programme de la 5^{ème} réunion, sur le thème de la prescription des actes. Est-ce une volonté du gouvernement déjà établie ?
- M. le Professeur THIBAUT élude la question et répond alors qu'il est logique que l'on aborde ce sujet à la fin, après avoir évoqué les points précédents sur la définition de l'ostéopathie et de la chiropratique, leur formation, etc.
- M. GERSANOIS indique rebondir sur la question de son confrère car nombre de ses adhérents lui pose la question de la prescription ou non, puis parle d'articles européens, de crédit d'heures.
- M. le Professeur THIBAUT répond qu'il s'agit d'abord de la France, mais qu'il sera attentif au droit européen.
- M. le Professeur DIDIER, revient sur la notion de prescription et ses implications, et demande si notamment il est prévu une Nomenclature des Actes Professionnels ?
- Le Professeur THIBAUT explique alors que Nomenclature implique remboursement, et que ce sujet ne fait pas partie des préoccupations actuelles, laissant sous-entendre que le remboursement n'existerait pas.
- M. ORVAIN s'exprime alors sur la difficulté de l'ANAES face à l'Ostéopathie, en évoquant le cercle vicieux d'une profession qui n'est pas réglementée, et où il n'y a pas de références existantes. Il évoque la possibilité de définir un cadre d'évaluation, à valider par la suite. L'évaluation ne sera pas intégrale, il existe déjà sur le site de l'ANAES des évaluations concrètes et positives. Mais pour l'ANAES, la difficulté est de déterminer les actes à risques.
- M. PARNY, avant la fin de la réunion, souhaite revenir sur le chapitre « prescription d'actes », pour exprimer qu'il n'a pas de mandat pour discuter d'une quelconque prescription des actes de chiropratique, et que si tel devait être le cas, il ne pourrait pas suivre.

Un grand silence suit cette intervention.

- M. SALA précise à M. le Professeur THIBAUT que ce silence ne doit pas être considéré comme une position inverse des ostéopathes, bien au contraire ! L'ensemble des organisations d'ostéopathes réclament une profession de première intention telle quelle est pratiquée actuellement de fait en France et de droit au niveau international, comme le font apparaître les documents fournis.
- Puis M. FARAUT, et enfin M. STERLINGOT confirment cette position.

Personne ne désirant plus prendre la parole, la séance est levée.

Réunion du 30 septembre 2003.

Début de la réunion à 15 heures.

Les participants sont ceux de la dernière réunion hormis Monsieur GEDDA, qui est remplacé par le Docteur DOSQUET de l'ANAES, et Madame SABLONNIERE, absente.

Après les diverses salutations, avant d'ouvrir la séance, et en même temps que la feuille de présence, circule, pour être distribuée, une feuille rappelant les diverses définitions des professions, synthèse des contributions adressées par les diverses organisations représentatives et observatrices.

Michel SALA profite de cet instant pour demander qu'à l'avenir les communications des diverses organisations soient adressées à l'ensemble du groupe pour un travail plus constructif lors des réunions. Acte est pris de cette demande. Monsieur Nicolas et Madame MESCLON avouent avoir été pris de court par la réception de toutes les contributions et remercient les organisations d'avoir respecté ces envois électroniques.

Monsieur Guy NICOLAS introduit la séance en rappelant qu'il est important qu'un consensus le plus large possible apparaisse, car de nombreux thèmes doivent être abordés d'ici la fin de l'année, et ce, afin que l'on puisse rédiger les décrets d'application de l'article 75. Il indique ensuite que nous recevrons une synthèse des contributions.

Philippe STERLINGOT demande si nous recevrons des comptes rendus précis des réunions, ou si nous devons nous satisfaire du relevé de décisions envoyé par l'administration.

Madame MESCLON répond qu'il est techniquement difficile d'établir un tel compte rendu, qui suppose un secrétariat dédié à cette mission. Elle précise que le document que nous avons reçu n'est pas un relevé de décisions, puisque cette commission n'a pas vocation décisionnaire.

Philippe STERLINGOT fait remarquer que « relevé de décisions » était le titre du document que nous avons reçu du ministère.

Madame De PFENANSTER demande qu'une synthèse du thème de la 4^{ème} réunion (formation initiale, contenu des programmes d'enseignement) soit déjà adressée à Madame

MAGHFOUR, avec les avis positifs ou négatifs.

Bruno BUREL demande à recevoir les contenus de la formation suffisamment tôt pour pouvoir se prononcer dans de bonnes conditions.

Monsieur NICOLAS souhaite que nous ne publions pas ces compte rendus, car, pour une bonne efficacité des travaux et pour que les représentants que nous sommes ne soient pas gênés par les avis des uns et des autres, il est préférable que la plus grande confidentialité soit respectée, cela évitera toute polémique. Par ailleurs, concernant le thème de la définition de l'Ostéopathie, il souhaite que nous prononcions la définition la plus courte possible, car une définition longue ne passerait pas au Conseil d'Etat (CE).

Michel SALA exprime que la définition Suisse est laconique et contient trois termes fondamentaux « diagnostic », « traitement » et « prévention ».

Jean-Louis GARCIA prend la parole pour exprimer que contrairement à la Chiropratique, il n'existe pas de définition satisfaisante de l'ostéopathie.

Sylvain PARNY répond que dans de nombreux pays, la chiropratique se définit par ce qui est enseigné dans les établissements de formation. Ce qui est déjà formulé de la sorte dans le texte de loi.

Monsieur NICOLAS répond qu'il est important de trouver une définition commune à la chiropratique et à l'ostéopathie, car sinon il existe un risque que la chiropratique disparaisse (des négociations ou ...?), et craint que le Conseil d'Etat refuse les propositions de décrets.

Armand GERSANOIS évoque la situation belge, puis celle du Royaume Uni, où « l'ostéopathie consiste en ce que pratiquent les ostéopathes ».

Bruno BUREL demande la différence de statut entre chiros et ostéos au RU.

Sylvain PARNY lui répond que les définitions d'ostéopathie et de chiropractie sont spécifiques à chaque discipline, tout comme les textes de lois qui se sont succédés, tout en soulignant la similitude des organisations GOsC et GCC. Sylvain PARNY insiste donc pour qu'il y ait deux définitions séparées entre ostéos et chiros. La définition de la chiro étant internationale, une définition française ne saurait être acceptée.

Philippe STERLINGOT revient sur la notion de mots clefs dans nos définitions, en précisant que ces mots sont : diagnostic, traitement, main, dysfonction de mobilité, état de santé.

Jean-Louis FARAUT, Bruno BUREL et Michel SALA confirment l'importance et la nécessité de ces termes.

Monsieur NICOLAS rebondit en précisant que justement, c'est la conclusion à laquelle il était arrivé, et il propose de nous lire une définition commune chiro-ostéo.

Sylvain PARNY s'élève à nouveau contre une définition commune, argumentant que ce serait une première mondiale. La définition qu'il propose fait l'objet d'un consensus international, et qu'il n'a pas de mandat pour discuter d'une définition commune.

Philippe STERLINGOT, soutenu par Jean-Louis FARAUT, Bruno BUREL et Michel SALA, note que dans la définition proposée par Monsieur NICOLAS, manque la notion de diagnostic, et que l'ostéopathe a besoin d'établir un diagnostic pour décider de l'opportunité d'une intervention ostéopathique, et, s'il décide de cette opportunité, il doit diagnostiquer les dysfonctions de mobilité, afin de proposer une stratégie thérapeutique adaptée. Il précise qu'une profession de premier rang ne peut travailler sans ce diagnostic.

Michel SALA souligne à nouveau qu'aucun des termes souhaités par l'ensemble de la profession n'est indiqué et que de plus, la notion de prévention fait défaut, alors que celle-ci est un des points forts de nos professions.

Monsieur NICOLAS lui demande ce qu'il entend par prévention.

Michel SALA explique, en s'appuyant sur un motif de consultation et sur les chaînes ostéopathiques, que la détection de restriction de mobilité entraînant ou pouvant entraîner

dans le temps diverses dysfonctions, nécessite un geste thérapeutique adapté dans le cadre de la prévention.

Devant ce langage abscons, des points d'interrogation apparaissent, et Sylvain PARNY réaffirme la notion de prévention en rappelant le cas concret de l'arthrose.

Monsieur NICOLAS répond qu'il est impossible dans notre définition de placer la notion de prévention, en insistant sur la crainte que cela ne passera pas au CE.

Michel SALA insiste sur cette notion importante à nos yeux, et présente à son tour le cas concret des incontinences dans les suites de couches soit immédiates, soit par la suite à moyen ou long terme. Il réaffirme que la vie sociale, perturbée par les femmes atteintes de ce problème, vaut bien ce traitement curatif ou préventif.

Monsieur NICOLAS ne remet pas en cause l'aspect préventif de l'ostéopathie, mais revient sur la notion de prévention, qui est plutôt, dans l'esprit, associée aux vaccinations, et en insistant sur la crainte que cela ne passera pas au CE

En réponse à Monsieur DIDIER et à Monsieur ORVAIN, Michel SALA revient sur la notion de lésion ostéopathique. Si celle-ci était il y a peu de temps encore très abstraite, les travaux de recherches fondamentales et appliquées en « Physiopathologie et pharmacologie articulaires », « Biomécanique », « Génie Biologique », « Biochimie et biologie », l'ont identifiée et concrétisée. En résumé, la matérialisation de la lésion ostéopathique est la conséquence d'une modification de la synthèse des protéoglycanes.

Armand GERSANOIS revient sur la notion d'ostéopathie / auto guérison, ce qui provoque une réaction de Monsieur NICOLAS, soutenu par Monsieur DIDIER et Monsieur ORVAIN, pour signifier le rejet de cette terminologie par le Conseil d'Etat.

Michel SALA évoque les textes de l'OMS, en rappelant que l'ostéopathie et la chiropractie sont considérées comme des médecines traditionnelles et complémentaires (MTR/MCP), permettant de maintenir le bien-être et de prévenir, diagnostiquer ou traiter la maladie.

Monsieur DIDIER demande des explications entre perte de mobilité et symptômes, sur le sujet de la prévention.

Philippe STERLINGOT explique les notions de mobilité, de relation entre une perte de micro-mobilité que seul l'ostéopathe sait déceler, et les symptômes qui peuvent survenir en relation avec ces dysfonctions. Puis il revient sur la notion de structure/fonction, de globalité.

Monsieur NICOLAS interroge l'ANAES sur la validation des travaux en ostéopathie. Les représentants de l'Agence semblent affirmer que la validation scientifique n'est pas d'actualité et qu'une simple randomisation des cas cliniques serait suffisante.

Monsieur DOSQUET pense qu'à son avis, n'ayant pas d'informations sur l'ostéopathie, il n'est pas utile de chercher à objectiver une pratique traditionnelle, qui semble-t-il, a fait ses preuves et qu'il vaut mieux se cantonner à l'aspect clinique.

Monsieur NICOLAS propose à nouveau une définition, où la notion de technique manuelle est évoquée.

Monsieur PASTOR lit la définition de la FFMKR, qui comporte le mot « savoir », plus approprié pour une profession d'ingénieur que le terme « technique » évoquant le statut de technicien.

Philippe STERLINGOT répond qu'il est opposé lui aussi pour les mêmes motifs au mot « technique », mais préférerait le mot « art » qui replacerait la profession sur le statut qu'elle souhaite, à savoir la première intention.

Discussion portant ensuite sur la notion d'art ou de savoir, entre Monsieur NICOLAS, Eric PASTOR et Philippe STERLINGOT, où il apparaît que ni art ni savoir ne peuvent passer au Conseil d'Etat.

Philippe STERLINGOT revient sur l'absence de diagnostic, qui peut nous être préjudiciable.

Monsieur NICOLAS répond qu'il est impossible d'utiliser le mot « diagnostic », car cela ne passera pas au CE, suivi par Madame MESCLON et Madame De PFENANSTER qui insistent sur notre attitude qui doit être d'avancer couverts pour pouvoir passer car nous rognons le monopole médical.

Jean-Louis FARAUT revient sur ce refus d'utilisation du terme « diagnostic » et demande au Professeur Nicolas si celui-ci ou l'Administration a peur des médecins ou du Conseil d'Etat.

Madame De PFENANSTER répond « Les deux mon... », suivie sèchement par Monsieur NICOLAS rajoutant « Il y a trois médecins au Conseil d'Etat ! »

Michel SALA intervient pour signaler la difficulté d'avancer sur ce dossier parce qu'à l'évidence, il nous manque des informations. On nous interdit certains termes, mais on ne nous dit pas clairement pourquoi. Y a t'il des informations ou contraintes extérieures autre que le Conseil d'Etat, et pouvons-nous être informés ? Hormis Madame MESCLON répondant par une négation de la tête, aucune réponse ne fut apportée.

Sylvain PARNY demande pourquoi ce mot est impossible, et s'interroge ensuite sur les conséquences que peut avoir l'absence de la notion de diagnostic.

Monsieur NICOLAS demande à Sylvain PARNY de ne pas être trop dogmatique, et que si l'on remplace diagnostic par identification, où est le problème ? Par ailleurs, il assure Sylvain PARNY de la bonne volonté du ministère, et que remplacer diagnostic par identification ne changera rien au profil de la profession en affirmant que la profession sera de première intention.

Sylvain PARNY en prend acte. Il revient toutefois sur l'aspect dogmatique et demande alors si ce sont les chiros et ostéos, ou bien les médecins qui ne veulent pas partager cette notion ?

Monsieur NICOLAS répond que les chiros ne doivent pas trop s'éloigner, sinon...

La définition retenue est la suivante, malgré toutes les discussions :

« L'ostéopathie et la chiropratique consistent en un ensemble de pratiques manuelles ayant pour but d'identifier les dysfonctions de mobilité du corps humain et d'y remédier par des thérapeutiques appropriées. »

Jean-Louis FARAUT demande à Sylvain PARNY son sentiment sur la définition unique ostéo-chiro.

Sylvain PARNY confie à l'assemblée qu'il a l'impression que celle-ci est en train de rédiger un dictionnaire et que nous en sommes à la lettre « R » et au mot « Rebouteux ».

Jacques LAPOUMEROULIE remarque que cette définition pourrait fort bien être celle de la kinésithérapie, et qu'elle ne positionne pas une profession de première intention.

Monsieur DIDIER en profite pour positionner l'ostéopathie dans le champ de la kinésithérapie, ce qui est contredit immédiatement par Monsieur NICOLAS qui rappelle que l'ostéo et la chiro sont deux nouvelles professions créées par la loi 2002-303.

Philippe STERLINGOT regrette que dans cette définition soit oubliée la spécificité de l'ostéopathie, avec la notion de globalité ; prend des réserves, en demandant confirmation que cette définition ne soit qu'une ébauche, qu'elle pourra évoluer, et que par ailleurs, elle ne préjuge pas d'une volonté de faire de l'ostéopathie une profession qui serait autre chose qu'une profession autonome et de première intention.

Monsieur NICOLAS acquiesce une nouvelle fois sur la notion de première intention.

Philippe STERLINGOT demande à Monsieur NICOLAS de bien vouloir confirmer qu'il ne souhaite pas qu'il y ait de publication sur le contenu des réunions, en argumentant que nous avons un devoir d'informations vis à vis de nos adhérents.

Monsieur NICOLAS confirme ses propos.

Michel SALA revient sur les différents thèmes des réunions en affirmant que toutes les réponses sont incluses dans les cursus de l'ostéopathie et de la chiropractie, et fait remarquer l'ambiguïté des thèmes où l'on nous demande :

- des définitions spécifiques, alors que l'on nous impose une définition unique,
- des techniques dans le cadre de la prévention, alors que l'on réfute cette idée.

Madame MESCLON et Monsieur NICOLAS répondent que l'on verra au fur et à mesure des réunions mais que tout doit être terminé pour le mois de décembre.

Fin de réunion à 17 heures.

Réunion du 14 octobre 2003

Début de la réunion à 15 heures

Madame MESCLON présente les excuses de M. NICOLAS, absent pour motif personnel prévu de longue date, remercie l'assemblée pour sa rigueur dans le respect des délais de transmission des contributions écrites, renouvelle sa demande de contribution sur l'enseignement à adresser le plus tôt possible.

Elle évoque ensuite les thèmes du jour :

1. Définition et identification des techniques.
2. Liste des pathologies soignées

Armand GERSANOIS souhaite revenir sur la définition proposée le 30 septembre, qu'il trouve peu différente de celles des kinésithérapeutes. Il souligne en particulier l'absence de notion de diagnostic ostéopathique spécifique. Il demande l'inscription au livre I du Code la Santé Publique, ce qui inclut obligatoirement la notion de diagnostic. Il évoque ensuite la consultation d'un ancien magistrat du Conseil d'Etat, qui a confirmé le caractère sans doute irrecevable de « diagnostic », mais recevable de « diagnostic ostéopathique spécifique ». Puis il annonce qu'il a rencontré Jean-Pierre RAFFARIN, à qui il a demandé une profession de première intention. Le premier ministre a convenu qu'une profession première intention est une profession décisionnaire et responsable, ce qui implique une notion de diagnostic.

Armand GERSANOIS continue en citant un sondage Ipsos confirmant que pour la majorité des français, le diagnostic fait partie de l'ostéopathie. Enfin, il rappelle qu'au niveau international, l'ostéopathie est une discipline de 1^{er} rang.

Madame MESCLON répond qu'elle ne souhaite pas revenir aujourd'hui sur la définition, que ce thème sera éventuellement abordé plus tard, après avoir continué à avancer sur la connaissance de l'ostéopathie.

Monsieur GARCIA déclare qu'il n'y a rien de fait en Belgique, rappelle que le diagnostic est médical, que revenir sur cette notion entraînerait l'abrogation du CSP, enfin, remarque que les médecins et lui-même ne réussissent pas à rencontrer M. RAFFARIN et qu'ils sont donc probablement trop c... !

Philippe STERLINGOT évoque le courrier signé par quatre organisations, adressé à M. NICOLAS, qui revenait sur la notion de diagnostic, de prévention, et sur la nécessité de terminer les thèmes de la première réunion, à savoir les différences et points communs avec les professions médicales et paramédicales.

Le Dr CHATIN demande à être tenu au courant des courriers adressés à l'administration, revient sur le diagnostic, partie intégrante du Code de la Santé Publique et, rappelle que dans le cas où l'ostéopathie deviendrait médicale, cela impliquerait une modification du CSP.

Eric PASTOR demande, pour pouvoir informer les membres de sa profession, si l'ostéopathie sera une profession médicale ou paramédicale.

Le Dr GARCIA soutient le Dr CHATIN et revient sur la notion d'exercice illégal de la médecine qui plane toujours sur les non médecins, puis revenant sur le niveau de la profession, il indique que celle-ci sera prescrite, ou conseillée.

Madame MESCLON répond que le thème sur les différences et points communs avec les professions médicales et paramédicales sera abordé lors de la 3^{ème} réunion, car les listes de techniques et les pathologies soignées favoriseront ce travail. Elle rappelle qu'elle ne souhaite pas revenir, aujourd'hui, sur le sujet du diagnostic, ni sur la notion de 1^{ère} intention.

Le Dr CHATIN rappelle que le Conseil de l'Ordre des Médecins est un service public, régi par le CSP et le Code de Déontologie.

Armand GERSANOIS demande si le travail de la commission est déjà déterminé et suit une orientation qui ne nous conviendrait pas.

Madame MESCLON répond « pas du tout » et qu'il s'agit d'une erreur d'appréciation.

Jacques LAPOUMEROULIE indique qu'il a le devoir de communiquer auprès de ses 40000 adhérents kinésithérapeutes qui sont dans l'attente de l'évolution des travaux de la commission.

Michel SALA intervient pour faire remarquer que sur les CR, il n'est question que d'organisations professionnelles et demande que la distinction entre les représentatives et les autres soit marquée, ce qui permettrait de savoir à quel titre les présents ont été retenus.

Madame MESCLON demande à ce que l'on aborde le thème de la réunion.

Michel SALA demande à Madame MESCLON, pour que l'on puisse passer sereinement à la réunion du jour, de prendre acte dans le CR de ce jour, de la possibilité de revenir sur la définition, et de l'orientation positive pour notre profession.

Le thème de la réunion du 14 octobre est abordé. Tous les participants ont reçu de la part de l'Administration un feuillet listant les actes d'ostéopathie.

Jean-Louis GARCIA demande s'il est nécessaire de dresser la liste de toutes les techniques.

Sylvain PARNY demande une définition générique des actes, car ils sont impossibles à dénombrer.

Michel SALA ne se reconnaît pas et ne reconnaît pas nos professions, dans la liste des techniques établies par l'Administration, et propose une classification simple qui remplacerait toutes les listes. Il indique que l'AFO, comme il a été demandé, a dressé une liste exhaustive des techniques tout simplement pour montrer que ces listes existent et qu'elles sont publiées depuis de nombreuses années. Il propose donc de remplacer les listes par les catégories des techniques et leurs lieux d'application. Ainsi nous pouvons décrire les techniques directes, semi directes, et indirectes, qui s'appliquent sur les systèmes cutanés, musculaires, ligamentaires et aponévrotiques, les systèmes articulaires axial et appendiculaire, le système cranio-facial et le système viscéral. Il rappelle néanmoins que les techniques ne suffisent pas pour définir et pour pratiquer l'ostéopathie.

Armand GERSANOIS confirme.

Philippe STERLINGOT confirme et ajoute qu'à son avis, il existe deux entrées dans les techniques : par région du corps, par type de technique.

Eric PASTOR revient sur les notions de paramédical ou de médical, argumentant que la réponse permettrait d'éclairer le débat sur les techniques qu'il s'agit de définir. Il s'étonne ensuite que l'on définisse d'abord les techniques avant de définir les pathologies traitées.

Bruno BUREL revient sur le diagnostic et précise qu'il existe une différence entre diagnostic médical, et diagnostic ostéopathique, que les deux sont nécessaires à l'ostéopathe, et que si l'on oublie ce principe, on risque d'inventer quelque chose qui n'existe pas.

Madame MESCLON, à ce sujet, rappelle que les thèmes des réunions seront itératifs, et que l'édifice se construira progressivement.

Le Dr ORVAIN explique qu'il ne faut pas trop détailler, et nous demande de ne pas être ni trop précis en termes de nomenclature, ni trop vagues.

Bruno BUREL développe la difficulté qu'il y a à vouloir enfermer l'ostéopathie en techniques et pathologies, précisant que l'ostéopathie est un concept.

Le Dr GARCIA répond que l'ostéopathie pose des problèmes. Comment un médecin incomplètement formé et informé sur l'ostéopathie pourra prescrire l'ostéopathie ? Il repose le problème de la liste des techniques et de ses indications. Il explique que pour lui, il existe les thrusts, les mobilisations qui ne font pas craquer, les techniques de tissus mous. Il se déclare surpris de certaines listes rencontrées sur les contributions des organisations, et ne comprends pas les termes direct, semi-direct et indirect.

Michel SALA indique que nous ne parlons pas le même langage.

Sylvain PARNY dénonce l'absence des termes ajustement vertébral, manipulation, et demande si le ministère a vraiment l'intention de ne pas sortir « les mots qui fâchent ».

Jean-Louis FARAUT entre dans les notions de limite physiologique, absence de manipulation forcée, et que, peut-être, pourrait-on laisser les manipulations forcées, les réductions osseuses, aux médecins, et réserver les manipulations dans les limites physiologiques aux ostéopathes.

Le Dr CHATIN, ayant visiblement mal interprété les propos de JLF, répond avec force que ces notions sont erronées, et demande des preuves de ce que JLF avance.

Le Dr GARCIA s'insurge également.

Jean-Louis FARAUT indique que c'étaient les médecins et l'Académie de Médecine qui avaient utilisé ce vocable de manoeuvres de force, alors que STILL, lui-même, ne l'avait jamais utilisé et que MAIGNE avait toujours vanté le large éventail et l'extrême douceur des manipulations ostéopathiques.

Madame MESCLON propose éventuellement de garder cette notion d'absence de manoeuvre de force, mais semble peu suivie. Elle demande des explications ensuite sur les notions de manipulations directes, indirectes, mobilisations...

Philippe STERLINGOT explique que la base de l'ostéopathie repose sur la restriction de mobilité, préalablement diagnostiquée par le praticien, qui met en relation les restrictions de

mobilité trouvées et les dysfonctions à distance, ce qui définit deux familles de techniques : les techniques directes, avec des manipulations qui vont dans le sens contraire de la restriction de mobilité, et les techniques fonctionnelles, qui vont dans le sens de l'exagération de la dysfonction.

Madame MESCLON lui demande alors sa définition des techniques indirectes, etc.

Philippe STERLINGOT donne alors une définition des techniques directes et indirectes, précisant que les techniques semi directes, si l'on parle de dysfonction de mobilité, n'existent pas. Il donne alors les définitions suivantes :

- ✓ *Techniques directes* : « Les techniques sont dites directes car sollicitant la dysfonction dans le sens correcteur. »
- ✓ « Les techniques sont dites indirectes car utilisant l'exagération du sens de la dysfonction comme action en facilitant ensuite la correction. »

Michel SALA indique que sans aller contre son confrère et sur ce concept, la définition de directe, semi directe et indirecte, appliquée aux techniques a un sens différent.

- ✓ « *Directe* » signifie un seul point de contact sur une seule pièce, pas de bras de levier et une impulsion correctrice ;
- ✓ « *Semi directe* » signifie contact précis sur ou à distance de la pièce, avec bras de levier et une impulsion correctrice ;
- ✓ « *Indirecte* » signifie positionnement du patient pour obtenir des bras de levier, s'opposant aux actions demandées et créant ainsi une auto correction.

Jean-Louis GARCIA déclare se reconnaître dans cette dernière définition.

Sylvain PARNY soutient cette définition et précise que pour les chiropraticiens, la notion de direct ou d'indirect s'applique plutôt au point d'appui qu'au sens de dysfonction, mais qu'ils peuvent se retrouver dans les notions précédemment citées. Il ajoute que les chiropraticiens s'adressent au système nerveux essentiellement, au travers de manipulations articulaires ou tissulaires.

Le Dr CHATIN demande de quel système nerveux il s'agit.

Sylvain PARNY répond qu'il s'agit des systèmes nerveux central et végétatif.

Le Dr DOSQUET explique qu'il rencontre une difficulté, car il semble que nos deux disciplines se réfèrent à des concepts et à une physiologie qu'il ne connaît pas, et dont il ne connaît pas l'assise scientifique.

Eric PASTOR demande l'avis de l'ANAES sur les techniques viscérales et crâniennes précédemment citées.

Le Dr DOSQUET répond que l'ANAES a recueilli 700 références et recommandations sur le plan mondial, de valeurs très inégales. Et s'adressant au Dr CHATIN, il indique que l'ostéopathie n'est pas uniquement complémentaire puisque dans les références, il est démontré que, notamment sur le plan des lombalgies, l'ostéopathie et la chiropractie sont plus efficaces que les traitements classiques.

Le Dr CHATIN se félicite de cette nouvelle et demande que l'on puisse communiquer davantage afin de mieux appréhender l'ostéopathie et la chiropractie.

Le Pr. DIDIER s'interroge sur la validité des techniques crâniennes, à partir d'un article de Steve E. Hartman, PhD, lu dans la revue *The Scientific Review Of Alternative Medicine* Vol. 6, N°.1 (Winter 2002) p. 23-34, évoquant l'absence de bénéfice à partir de ces techniques, et la recommandation de ne pas se faire soigner par de telles approches, ni d'enseigner ces techniques et se demande s'il est opportun de conserver ces notions. Et il insiste sur sa non compréhension de l'appellation système cranio-facial et nie l'existence de celle-ci.

Armand GERSANOIS répond que cet article date (de l'hiver 2002 !!!).

Michel SALA intervient pour éclairer le Professeur DIDIER, en insistant sur l'importance de garder le terme « système cranio-facial », car, en effet, embryologiquement, le crâne « le neuro crâne » (la boîte crânienne) et la face « le viscéro-crâne » ne proviennent pas des mêmes cellules, et nous avons donc des pathologies et des techniques différentes sur l'un et sur l'autre.

Le Dr ORVAIN précise qu'il existe peu de descriptions d'actes, et qu'il bute sur la mise en évidence du diagnostic ostéopathique. Il rappelle la grande difficulté qu'il y a à évaluer en ostéopathie.

Philippe STERLINGOT rappelle la notion de serpent qui se mord la queue, rappelle également les propos de l'ANAES du 30 septembre, qui disait qu'il ne serait pas utile de chercher à prouver les éléments trop scientifiques de l'ostéopathie, et que le plus urgent est d'effectuer de bonnes recherches cliniques.

Michel SALA précise qu'il représente Ostéobio, établissement d'enseignement en ostéopathie où des recherches ont été faites, établissant des preuves scientifiques de la dysfonction ostéopathique.

Armand GERSANOIS cite trois études effectuées sur le crânien, sur le viscéral, les lombalgies, attestant de l'intérêt de ces techniques. Puis il précise que ces études ont été subventionnées par la Commission Européenne.

Madame MESCLON demande que ces études soient transmises à l'ANAES.

Bruno BUREL demande si des fonds sont alloués à l'Ostéopathie au sein de l'ANAES.

Le Dr DOSQUET répond que rien n'est prévu pour l'instant.

Sylvain PARNY donne son point de vue à propos des listes de techniques et de pathologie, estimant impossible de les établir. Il préférerait constituer des cohortes de patients afin d'étudier la qualité de vie qu'apportent nos disciplines aux patients. Il précise que les outils d'évaluation existent.

Madame MESCLON propose alors un cadre : *« les techniques ostéopathiques et chiropratiques sont les manipulations, les mobilisations, les techniques sur les tissus mous, elles peuvent être directes, semi directes, indirectes, et concernent les champs crânien, viscéral, neuromusculaire, et articulaire »*.

Jacques LAPOUMEROULIE demande à ajouter les techniques somato-émotionnelles.
Michel SALA fait une contre proposition : *« les techniques ostéopathiques et chiropratiques comportent des manipulations, directes, semi directes, indirectes, sur les systèmes cutanés, musculaires, ligamentaires, les systèmes articulaires axial et appendiculaire, le système cranio-facial et sur le système viscéral »*.

Philippe STERLINGOT propose de remplacer les systèmes cutanés, etc., par « appareil locomoteur », le cranio-facial par « crânien », et système viscéral par « viscéral », pour arriver à la formule suivante : *« les techniques ostéopathiques et chiropratiques comportent des manipulations et mobilisations, directes, semi directes, indirectes, des appareils locomoteur, crânien et viscéral »*.

Madame MESCLON demande si nous préférons système cranio-facial ou neuromusculaire et cutané.

Philippe STERLINGOT répond préférer « cranio-facial ».

Il est donc décidé de garder la formule suivante :

« Les technique chiropratiques et ostéopathiques comportent des manipulations et des mobilisations directes et indirectes sur les systèmes locomoteur, cranio-facial et viscéral.

✓ *Les techniques directes sollicitent la dysfonction dans le sens directement correcteur.*

✓ *Les techniques indirectes utilisent l'exagération du sens de la dysfonction comme action en facilitant ensuite la correction. »*

Madame MESCLON demande à enchaîner sur le thème des pathologies soignées.

Madame De PENANSTER demande si nous traitons des pathologies ou des symptômes.

Michel SALA répond que nous ne traitons ni l'un ni l'autre.

Madame MESCLON propose une définition de ce type.

Bruno BUREL spécifie que nous nous intéressons tout de même au symptôme, et que tout d'abord, nous cherchons à répondre à la plainte du patient.

Madame MESCLON propose alors de procéder par une liste d'exclusion concernant les pathologies organiques, dégénératives, et infectieuses.

Bruno BUREL explique qu'il n'est pas d'accord sur cette notion, précisant que les ostéopathes traitent d'une certaine façon ces pathologies, citant l'exemple des sinusites, y compris infectieuses, où l'ostéopathie, à travers son concept, propose des solutions intéressantes. Il en va de même, rajoute t-il, de certaines affections dégénératives comme la coxarthrose où l'ostéopathe propose des solutions efficaces retardant l'handicap.

Sylvain PARNY approuve les deux intervenants précédents, notant que nous soignons à la fois les pathologies et les symptômes, et à la fois ni l'un ni l'autre. Il ajoute que le symptôme nous intéresse que très peu, et qu'un patient qui vient avec une pathologie aiguë ne ressort pas du cabinet forcément amélioré immédiatement.

Le Dr CHATIN s'interroge sur le risque que représente une telle attitude, évoquant des patients qui iraient voir des charlatans et à qui on promettrait des miracles sur des pathologies lourdes.

Philippe STERLINGOT lui réplique que ce risque existe de la même façon chez le médecin et chez l'ostéopathe, et que le garde-fou à de telles dérives est représenté par la structure d'éthique et de déontologie qu'est pour les médecins l'Ordre National. Demande à M. CHATIN de bien vouloir considérer que les ostéopathes possèdent également une telle structure, et la revendiquent, protégeant les patients d'attitudes peu éthiques.

Sylvain PARNY précise que nous sommes là tout à fait dans la problématique des médecines de terrain, et que la difficulté pour nous est de nous placer dans un moule cartésien adapté à l'allopathie.

Armand GERSANOIS explique que pour les ostéopathes, il existe une différence entre agir et guérir.

Philippe STERLINGOT exprime qu'il ne serait pas satisfait par une exclusion stricto sensu de certaines pathologies, expliquant que d'après lui, si effectivement les ostéopathes ne soignent pas les pathologies comme le cancer, ils traitent des « patients atteints de ... », et qu'il est important de le préciser dans la formule retenue. Il propose donc : *« l'ostéopathie et la chiropratique ne traitent pas les pathologies organiques (cancéreuses, dégénératives, infectieuses), mais soignent les patients atteints de ces pathologies. »*

Madame MESCLON préfère la formule suivante : *« l'ostéopathie et la chiropratique traitent les troubles fonctionnels, ne traitent pas les pathologies organiques, infectieuses et tumorales ainsi que les fractures, mais ont la possibilité de s'adresser à ces patients en action complémentaire. »*

M. CHATIN exprime son désaccord avec la deuxième partie de la phrase, car elle comporte des risques de dérives.

Fin de la réunion à 17 heures 30.

Réunion du 4 novembre 2003

Etaient présents de G à D :

✓ Monsieur Nicolas	DHOS	Président
✓ Madame Lordier-Brault	DHOS	
✓ Madame De Penanster	DGS	
✓ Madame Gallot	DGS	
✓ Monsieur Reiquier	SMMOF (Remplaçant le Dr Garcia)	
✓ Monsieur Chatin	Conseil de l'ordre	
✓ Monsieur Faraut	Organisation représentative SNOF	
✓ Monsieur Parny	Organisation représentative AFC	
✓ Monsieur Sterlingot	Organisation représentative SFDO	
✓ Monsieur Gedda	ANAES	
✓ Monsieur Dosquet	ANAES	
✓ Monsieur Sala	Organisation représentative AFO	
✓ Monsieur Gersanois	Organisation représentative UFOF	
✓ Monsieur Burel	Organisation représentative Ostéos de France	
✓ Monsieur Pastor	FFMKR	
✓ Monsieur Lapoumériou	SNMKR	
✓ Monsieur Didier	IFMK	
✓ Madame Maghfour	DHOS	
✓ Madame Mesclon	DHOS	

Début de la réunion à 15 heures

Le Professeur Guy NICOLAS ouvre la réunion en donnant la parole à l'ANAES pour les recommandations de bonnes pratiques et sur la notion d'actes à risques.

Le Dr DOSQUET explique les méthodes de recherches de références sur les recommandations de bonnes pratiques existantes ainsi que sur les risques liés aux professions d'ostéopathie et de chiropratique en général.

Il précise que la plupart des articles traitent des manipulations articulaires. L'ANAES a effectué la recherche par mots clés, en langue anglaise et française, axant sa quête sur les recommandations et les guidelines existants.

Actuellement, les références, au nombre de 700, de valeurs inégales, sont majoritairement en anglais, concernent essentiellement la chiropratique. Il y a très peu de choses sur l'ostéopathie.

Les guidelines trouvés se montrent très peu précis, évoquant surtout des principes généraux, des bonnes pratiques de prises en charge, le consentement du patient, etc...

Rien n'apparaît sur les techniques viscérales.

En revanche, quelques articles concernent le craniale-sacré, par un équivalent canadien de l'ANAES, et en dénie l'aspect scientifique et l'application thérapeutique.

L'analyse sur les risques provient de l'étude de revues générales, majoritairement sur le risque manipulatif de la région cervicale. Certaines de ces revues, datant des années 60, concernent particulièrement le risque neurologique et vasculaire. La gravité et la fréquence des accidents rapportés sont très variables, entre 1/4500 et 1/10 millions. Une revue évoque 13 cas de dissections carotidiennes depuis 1960, ainsi que quelques cas fatals, eux aussi probablement

très anciens. La littérature traite notamment des facteurs de risque que sont les manipulations en rotation associée à la flexion.

Les facteurs de risques semblent inévaluables, mais il apparaît toutefois nécessaire de procéder à des tests pré manipulatifs.

Il est indispensable d'approfondir les documents disponibles, ce qui n'a pas encore été possible pour des raisons de délai. Une des difficultés réside aussi dans le fait que la notion d'accident est une notion floue. Cela peut aller de l'effet secondaire, plus ou moins désagréable, à l'accident neurologique franc. Une autre difficulté est aussi que les techniques utilisées ne sont presque jamais décrites.

Le Professeur Guy NICOLAS est peu surpris par les conclusions de l'ANAES, et trouve logique que rien n'ait été écrit sur le viscéral, précisant l'innocuité des pratiques à ce niveau. Il précise que le rôle de l'ANAES serait de définir les précautions à prendre permettant de définir un cadre afin de renforcer et montrer la sécurité des techniques ostéopathiques et chiropratiques.

Le Dr DOSQUET rappelle l'existence de guidelines australiens de 2000 qui lui semblent intéressants sur les précautions utiles, bien que celles-ci s'avèrent peu concluantes.

Bruno BUREL évoque l'existence de travaux français, ceux de la SOFMMOO, présents dans la contribution d'Ostéos de France.

Guy NICOLAS invoque la notion d'âge dans les facteurs de risques, liée au risque athéromateux.

Le Dr DOSQUET répond que rien de sérieux n'a été écrit sur la prévalence de l'âge dans ce domaine.

Bruno BUREL revient sur les recommandations de la table ronde réalisée par la SOFMMOO et notamment sur le risque lié à l'âge qui peut concerner les femmes de moins de 50 ans en fonction de leur morphologie cervicale.

Guy NICOLAS précise que les artères vertébrales sont peu athéromateuses, et que le risque doit être réévalué.

Michel SALA explique que le risque athéromateux sur les artères vertébrales est inexistant, du fait de leur grande mobilité, mais qu'en revanche, le seul risque est la faible probabilité d'anévrisme sur le segment axoïdo-atloïdien très sinueux.

Philippe STERLINGOT ajoute que le risque lié à la femme de moins de 50 ans concerne par ailleurs les situations hormonales, en particulier les femmes sous contraception orale. Il évoque également les notions d'instabilité du rachis dégénératif, précisant que ce risque ne concerne pas les ostéopathes et les chiropraticiens qui agissent sur des structures en restriction de mobilité. Il se montre enfin surpris d'avoir entendu le Dr DOSQUET parler du risque en rotation/flexion, alors que les études doppler montrent au contraire que c'est l'association rotation/extension qui diminue le flux sanguin dans les artères vertébrales, et que le risque de cisaillement se situe plutôt dans ces mouvements. Il conclut en expliquant que le risque n'est pas lié à la technique, mais au patient et au praticien.

Michel SALA en profite pour rappeler le rôle fondamental de la formation qui est le facteur essentiel pour pouvoir minimiser ces risques, et ajoute qu'il est d'accord avec Philippe STERLINGOT sur les seuls risques patient et praticien dépendants.

Le Dr DOSQUET estime que les troubles mineurs survenus après une manipulation (vertiges, nausée, etc.) sont sous-évalués, car n'étant en général pas rapportés.

Michel SALA explique la réaction qui suit le réflexe lié à une manipulation, et précise que ces troubles peuvent arriver également sans aucune manipulation articulaire notamment après un simple massage du tissu conjonctif.

Le Dr DOSQUET revient sur les guidelines australiens et les tests pré manipulatifs.

Sylvain PARNY intervient pour dire qu'il existe un consensus autour du fait que les tests pré manipulatifs n'ont pas de valeur prédictive. Des chercheurs ont même démontré au Danemark que la positivité de tels tests pouvait même permettre de poser une indication d'ajustement cervical. Sur 15 patients, souffrant de cervicalgies et de vertiges, avec une manoeuvre de De KLEYNE positive (équipe interdisciplinaire de chercheurs médicaux et chiropratique), 8 ont accepté d'être soignés par ajustement, 2 ont été améliorés et 6 sont devenus complètement asymptomatiques ; les 7 autres ont continué à souffrir des mêmes symptômes.

Le Dr DOSQUET répond qu'il faut de toute façon considérer comme significatifs les tests très positifs, ce qui pourrait permettre de pratiquer un « pré-triage ».

Sylvain PARNY poursuit en démontrant qu'il serait anti-thérapeutique de priver des patients d'un traitement efficace, sur le motif que leurs tests pré manipulatifs sont positifs, alors que ceux-ci pourraient servir à l'inverse, c'est-à-dire à trier les patients susceptibles de répondre favorablement au traitement.

Le Dr DOSQUET répond en invoquant la notion de plus en plus retenue de confort du patient, et qu'il serait souhaitable qu'un travail ait lieu permettant de valider ces tests.

Bruno BUREL cite l'étude menée par la SOFMMOO qui montre que ces tests ne sont pas fiables, au motif que chez un patient porteur d'une pathologie vasculaire latente, ces tests pourraient être eux-mêmes pathogènes. Ces tests devraient donc dans ces conditions faire l'objet d'études en milieu hospitalier, avec doppler dynamique.

Sylvain PARNY prévient l'assemblée sur le risque de faux sentiment de sécurité chez le patient et le praticien, provoqué par des tests pré manipulatifs négatifs si ceux-ci n'ont pas de véritable valeur prédictive. Il cite à cet égard une étude allemande parue dans Manuel Medizine qui montre que le flux sanguin vertébral n'est pas modifié par les mouvements du rachis cervical supérieur.

Le Dr CHATIN estime qu'il faut insister sur la formation des praticiens qui seront amenés à pratiquer de telles manipulations. Il précise qu'il n'est pas d'accord avec le Dr DOSQUET sur l'absence de risques lombaires, car en 40 ans de pratique médicale, il a vu un nombre important de tassements lombaires suite à des manipulations, sans pouvoir préciser quels étaient les auteurs de ces manipulations.

Jean-Louis FARAUT répond que lui, en 40 ans de pratique ostéopathique, n'a jamais vu de tels tassements attribués à des ostéopathes dignes de ce nom, c'est-à-dire pratiquant exclusivement l'ostéopathie. Les patients qui viennent consulter en phase aiguë avec un tassement vertébral font partie des exclusions de nos traitements et sont dirigés vers les services médicaux appropriés.

Le Dr CHATIN précise que le plus souvent, il s'agissait de métastases. Il cite ensuite un cas précis, en revenant sur sa précédente assertion et spécifiant que le tassement n'était pas induit par des manipulations.

L'assemblée manifeste son étonnement.

Suit un vif débat entre Jean-Louis FARAUT et Boris CHATIN.

Le Dr CHATIN conclut par l'absence d'intérêt de régler des comptes, mais qu'en revanche, nous sommes là pour définir un enseignement spécifique de haut niveau qui réduirait ces risques par la faculté de poser les diagnostics d'exclusion.

Sylvain PARNY revient sur le fait que la formation doit régler ces problèmes de risque. Par rapport au cas cité par le Dr CHATIN, lorsqu'un patient se présente dans un cabinet en fauteuil roulant avec une douleur extrêmement violente, il est évident que la première chose est de faire faire une radio avant tout autre geste. Il s'agit ici d'une faute professionnelle et pas d'un aléa thérapeutique. Pour ce qui concerne les chiropraticiens, ils ont recensé en 20 ans deux accidents, ayant donné lieu à demande d'indemnisation, dont les victimes ont par ailleurs bien récupéré. Ce risque est donc de 2 pour 300 praticiens en 20 ans.

Tout le problème est donc de savoir si nous sommes en dessous ou en dessus des risques liés aux autres traitements.

Les chiffres qui ressortiront de l'étude de l'ANAES seront importants à ce titre.

Lorsque dans le cadre de la réflexion sur les accidents des médicaments, on se pose le problème de l'aléa thérapeutique, on rencontre rapidement la notion : d'idiosyncrasie (qui est la réaction individuelle propre à chaque homme). Cette idiosyncrasie constitue d'après les chercheurs qui se consacrent à ce genre d'aléas « la limite de la maîtrise totale du risque thérapeutique car l'imprévisible existe... » « *Ce phénomène brutal peu ou pas prévisible est de gravité variable, allant de la simple allergie cutanée à la mort subite... La manifestation est très rare sous ses formes graves, 1 cas pour 100.000 administrations, expliquant que l'on ne peut renoncer à une substance si son bénéfice individuel est grand.* » «... *L'idiosyncrasie peut survenir avec n'importe quelle substance, n'importe quelle dose, n'importe quand, qu'il y ait ou non sensibilisation préalable.* »

Il faut donc raisonner en terme de choix thérapeutique... Il pose ensuite la question du choix entre AINS et manipulation ?

Le Dr DOSQUET revient sur ses propos en termes de risques et les pondère.

Guy NICOLAS demande à l'ANAES de continuer dans la voie de la recherche des recommandations de bonnes pratiques.

Le Dr DOSQUET répond que l'un de leurs problèmes vient du manque de description des techniques utilisées. Il précise qu'il faudra procéder par thématiques.

Michel SALA indique que la sagesse de l'ANAES et ses conclusions confirmeront l'innocuité de la méthode et la relativité des chiffres.

Guy NICOLAS conclut en précisant à nouveau le rôle de l'ANAES qui est de définir les précautions à prendre permettant de définir un cadre afin de montrer la sécurité de la méthode.

Il enchaîne en évoquant les frontières avec les autres professions de santé, et notamment avec la kinésithérapie, en s'appuyant sur la contribution d'une organisation demandant cette précision.

Sans en nommer l'auteur, il demande à celui-ci de se manifester pour lancer le débat.

Silence général

Jacques LAPOUMÉROULIE demande à Guy NICOLAS qui est l'auteur de ce courrier.

Guy NICOLAS consulte ses dossiers et répond que l'auteur en est Jacques LAPOUMÉROULIE.

Eclat de rire général

Jacques LAPOUMÉROULIE dit qu'il s'en doutait mais qu'il se faisait l'avocat du diable. Il avoue par contre ne pas se souvenir totalement du texte, Guy NICOLAS lui passe le document, que Jacques LAPOUMÉROULIE lit à haute voix.

Le Dr CHATIN demande quelles sont les différences entre Médecins et Ostéopathes, entre kinésithérapeutes et ostéopathes.

Jacques LAPOUMÉROULIE répond que la loi instaure une profession spécifique, ni médecin ni kinésithérapeute.

Le Dr CHATIN lui demande de ne pas rogner les ailes des médecins.

Bruno BUREL répond que pour lui, les médecins ostéopathes doivent rester médecins, car ils ont déjà le diagnostic. De plus, les médecins présentent une antériorité sur l'ostéopathie remontant aux années 30, que leur formation a évolué, avec certes encore une relative hétérogénéité, et cite le questionnaire d'Ostéos de France. Il cite enfin Jane Carreiro, qui estime que la formation des médecins ostéopathes français est plus proche de celles des DO-US que des ostéopathes non médecins français.

Jean-Pierre DIDIER explique qu'il ne comprend pas ce débat, car la loi ne fait allusion qu'à un titre, et que rien n'empêche un praticien, médecin ou kinésithérapeute, d'exercer à la fois les deux professions.

Philippe STERLINGOT lui répond qu'il n'est pas d'accord, car la loi est claire à ce sujet, et que l'usage du titre est réservé... Par conséquent, c'est réellement une profession spécifique qui est en train d'être organisée, et que ce n'est en aucun cas une spécialité. Il enchaîne en expliquant que finalement, le problème des médecins va être un problème de choix entre les deux professions, pour les médecins ostéopathes en exercice, et qu'ensuite se posera le problème de la formation. Allons-nous continuer avec un DIU, spécifique aux médecins, ou bien, nous orientons-nous vers un système de passerelles ?

Michel SALA répond au Professeur DIDIER que son interprétation de la loi est erronée. Il est bien indiqué dans celle-ci que l'enseignement est spécifique et ne peut donc pas correspondre

à une formation professionnelle d'une profession déjà existante. Des passerelles existeront entre les professions.

Guy NICOLAS rappelle les termes des dernières réunions de 1999, où on en était resté à la notion de passerelles.

Armand GERSANOIS acquiesce, en précisant que c'était en décembre 1999.

Jean-Louis FARAUT rappelle que le projet du DEUG Santé clarifierait la situation et que la formation ostéopathique actuellement donnée aux kinésithérapeutes est notoirement insuffisante, tant du point de vue théorique que pratique, pour revendiquer l'accès à la profession d'ostéopathe. La profession d'ostéopathe étant une profession de première intention, non subordonnée et d'un niveau de formation de 3^{ème} cycle.

Guy NICOLAS insiste qu'en tous les cas, il faut travailler dans cette direction, car le tronc commun médical n'est pas prêt à être mis en place, et qu'il n'est même pas sûr qu'il voit le jour. Il est en outre dubitatif sur le point de savoir si les kinésithérapeutes pourront exercer sous les deux titres.

Sylvain PARNY rappelle que cette discussion ne le concerne pas directement car les chiropraticiens ne sont pas confrontés à ce problème de double exercice mais tient à mettre en garde les ostéopathes qui souhaitent une ostéopathie de haut niveau contre ce double exercice. Il ne voit pas par quelle torsion de l'intellect, on pourrait admettre qu'une même personne puisse être : dans un cabinet, capable d'un diagnostic et responsable de son acte ; et dans l'autre, auxiliaire médical, assujéti à prescription ; et qui plus est, remboursé par la sécurité sociale dans un cas et non remboursé dans l'autre. Cela risquerait d'amener à terme, la phagocytose d'une profession par l'autre.

Eric PASTOR demande si, à propos de la formation, lors des prochaines réunions, on ne parlera que de formation initiale, ou bien de formation en alternance ?

Guy NICOLAS confirme que l'on ne parlera que de formation initiale, et qu'il n'est pas question d'évoquer la formation en alternance, qu'il vaut mieux construire des systèmes de passerelles. Il réaffirme que lors des discussions de la commission NICOLAS de 1999, il avait été clairement conclu que les études seraient spécifiques, à temps complet et sur six ans. Il ne faut pas revenir là-dessus ou on n'en finirait pas.

Eric PASTOR renouvelle sa question du 14 octobre, sur le placement de l'ostéopathie au livre I ou III, en médical ou paramédical.

Guy NICOLAS répond ni l'un ni l'autre et ajoute que cela a toujours été clair dès le départ, et que dans sa sagesse, le législateur a volontairement bien positionné cette loi.

Jacques LAPOUMEROULIE s'insurge, déclarant que c'est la première fois qu'il est question de ce positionnement. Il invective les ostéopathes leur demandant de réagir. Il demande à Michel SALA de réagir et de prendre position.

Philippe STERLINGOT demande des précisions, expliquant que l'on en sait maintenant ou trop ou trop peu.

Guy NICOLAS répond que les débats parlementaires nous ont placés volontairement nulle part, et que c'est une bonne chose, nous laissant le terrain vierge.

Bruno BUREL cite les résultats de l'enquête qu'Ostéos de France a effectuée concernant le choix de pratique de ses membres ; il évoque également la possibilité d'une formation harmonisée européenne de 700 heures en 4 ans pour les médecins, exprimant ainsi le désir des médecins à conserver leur spécificité de médecins ostéopathes. Il explique en outre que les cursus différents des membres d'Ostéos de France n'inciteraient pas ces derniers à abandonner leur titre de médecin. De même, se poseraient pour ces membres les problèmes de l'appartenance à l'ordre, et des cotisations aux différentes caisses.

Guy NICOLAS lui répond qu'il ne faut pas que les médecins tiennent à cette prérogative, car le titre et la formation d'ostéopathes seront spécifiques.

Bruno BUREL interpelle Pierre REQUIER pour connaître son avis.

Pierre REQUIER reste silencieux.

Jacques LAPOUMÉROULIE intervient pour demander que la formation se fasse au moins sur la base d'un bac + 5 ou 6, et qu'il faut laisser la « médecine manuelle-ostéopathie » aux médecins et l'ostéopathie aux non médecins.

Guy NICOLAS répond que les ostéopathes porteront un titre, et que c'est l'utilisation du titre qui compte. On ne pourra pas empêcher des médecins d'utiliser des techniques inspirées de l'ostéopathie, à condition qu'ils n'utilisent pas la mention « ostéopathe ».

Jean-Pierre DIDIER rappelle la sagesse du législateur de ne pas avoir placé l'ostéopathie au livre I ou III, car il ne connaissait pas l'exercice de l'ostéopathie.

Michel SALA demande si le fait d'être ni livre I, ni livre III a une incidence sur la profession de première intention et sur la subordination à une autre discipline.

Mme MESCLON et le professeur Guy NICOLAS répondent et affirment que la profession est indépendante et de première intention.

Un ange passe

Armand GERSANOIS évoque la similitude entre les ostéopathes et les dentistes des années 70 avec la loi Schuman. Ceux-ci avaient d'abord été placés hors du titre médical, puis, quelques années plus tard, étaient rentrés au livre I.

Claudine MESCLON et Madame LORDIER-DRAULT, code de la santé publique 2003 ouvert sur la table à la page de l'article 75, expliquent que même d'un point de vue purement de classement dans ce code, l'article a été mis à part.

Elles rappellent l'article 75, et la notion de titre, et non pas de profession, celle-ci n'étant pas encore officiellement créée.

Michel SALA s'étonne de la reconnaissance simplement du titre et non de la profession. La pratique depuis les années 60 témoigne pourtant de son existence.

Mme MESCLON et le Professeur Guy NICOLAS répondent que le titre et sa spécificité passent avant la profession qui sera implicitement définie dans un deuxième temps, puisque réservés à ceux qui auront accompli le cursus spécifique que nous définirons au cours de la prochaine réunion.

Ensuite, il faudra gérer le passé, c'est-à-dire les praticiens en exercice, à travers une commission d'évaluation, comme cela a été le cas pour les cardiologues, il y a un certain temps. Cela supposera que certains seront retenus sur titres, de façon administrative, d'autres devront se remettre à niveau, avec un délai défini.

Puis Mme MESCLON indique qu'un délai de 2 ou 3 ans sera sans doute mis en place pour les praticiens qui n'auraient pas encore choisi leur voie, à compter de la date d'application de la loi.

Armand GERSANOIS rappelle la situation européenne, où partout existe un diplôme spécifique, une profession spécifique, de 1^{er} rang, avec diagnostic. Il indique qu'en France, on ne peut pas sortir de ce cadre, notamment pour la libre circulation des diplômes.

Guy NICOLAS indique que le titre sera homogène, avec une formation spécifique similaire, et correspondra aux diplômes européens même si la profession n'est pas d'emblée au livre I. Après la réforme des études médicales, les livres du CSP vont sans doute être remaniés.

Philippe STERLINGOT fait remarquer qu'en début de séance, on a évoqué la sécurité du patient au travers des manipulations cervicales, et qu'entre un praticien qui effectue deux manipulations par semaine, et celui qui en fait 50, la notion de sécurité ne peut pas être la même. Le double exercice n'est donc pas compatible avec cette sécurité demandée.

Claudine MESCLON et Guy NICOLAS acquiescent.

Eric PASTOR demande si l'accès sera direct ou pas.

Guy NICOLAS répond qu'à l'évidence, oui, l'accès sera direct, et précise que l'article 75 fait référence à un titre, aucunement à une profession.

Philippe STERLINGOT note que puisque nous bénéficions de l'accès direct, et comme cela fait partie du sujet du jour, pratiquement terminé, ce dont il félicite Guy NICOLAS, les ostéopathes bénéficient-ils également du diagnostic ?

Guy NICOLAS répond que les débats parlementaires sont clairs à cet égard, c'est oui.

Bruno BUREL interroge Guy NICOLAS sur le devenir du DIU.

Guy NICOLAS répond que la notion de formation spécifique fait revoir toutes les autres qui doivent, soit s'adapter, soit disparaître. Il faudra effectivement changer le DIU, pour évoluer vers une notion de passerelles.

Bruno BUREL demande quel sera l'avenir des médecins ostéopathes en exercice.

Guy NICOLAS précise qu'un décret sur les professionnels en exercice sera écrit, mettant en place une commission d'évaluation de l'Administration comme l'avait précisé le professeur THIBAUT le 9 septembre concernant également les centres d'enseignement.

Madame LORDIER-DRAULT, ne saisissant pas la question de la pratique exclusive de l'ostéopathie par les médecins, répond qu'il n'y aura pas d'obligation d'abandon de la profession de médecin. En effet, pour Madame LORDIER-DRAULT, un médecin peut utiliser diverses techniques pour donner des soins.

Bruno BUREL, n'ayant pas eu de réponse à sa question, demande à nouveau ce qu'il adviendra des médecins ostéopathes en exercice.

Claudine MESCLON explique que lorsque le diplôme sera défini et établi, une commission de l'Administration se mettra en place pour étudier les équivalences des diplômes autant pour les médecins que les non médecins.

Pour les médecins en possession du DIU et n'ayant pas encore fait le choix de la pratique de l'ostéopathie, ils auront eux aussi un délai de 2 ou 3 ans pour se déterminer et demander leur équivalence.

Ne pourront exercer l'ostéopathie que les possesseurs du nouveau diplôme, ou des anciens diplômes reconnus équivalents.

Le titre sera exclusif et ne pourra pas figurer avec un autre sur une même plaque.

Bruno BUREL demande si la formation réservée aux médecins disparaîtra dès que la formation des ostéopathes sera en place.

Guy NICOLAS répond que oui.

Michel SALA demande si pour la prochaine réunion, nous devons fournir également un dossier sur la formation alternée.

Guy NICOLAS confirme qu'il ne sera question que de la formation initiale et du seul cursus spécifique aux professions d'ostéopathe et de chiropraticiens.

Fin de la réunion à 17 heures

Réunion du 25 novembre 2003

Présents de gauche à droite :

- ✓ Monsieur le Professeur Guy Nicolas
- ✓ Madame Maghfour
- ✓ Madame Lordier-Brault
- ✓ Madame De Penanster
- ✓ Madame Gallot
- ✓ Monsieur Gedda
- ✓ Monsieur Chatin
- ✓ Monsieur Garcia
- ✓ Monsieur Burel
- ✓ Monsieur Faraut
- ✓ Monsieur Parny
- ✓ Monsieur Sterlingot
- ✓ Monsieur Sala
- ✓ Monsieur Couraud, pour l'Education Nationale.
- ✓ Monsieur Gersanois
- ✓ Monsieur Pastor
- ✓ Monsieur Lapouméroulie
- ✓ Monsieur Didier

Début de la réunion à 15 heures 25

Monsieur le Professeur Guy NICOLAS, après avoir vainement attendu le Professeur THIBAULT, ouvre la réunion en précisant que pour des problèmes de disponibilité de locaux, la réunion du 16 décembre est reportée au 8 janvier 2004 et sera présidée par Monsieur le Professeur THIBAULT.

Puis il déclare à l'assemblée que l'objectif de la réunion de ce jour n'est pas de préciser le contenu de la formation, mais simplement d'en dessiner les grandes lignes.

Une sous-commission sera constituée, sous la présidence du doyen de l'université de médecine de Strasbourg, afin d'établir le contenu de la formation en ostéopathie et en chiropratique.

Jean-Louis FARAUT interpelle alors le Professeur Guy NICOLAS sur le compte rendu officiel de la réunion du 4 novembre, dont le contenu ne relate pas les propos tenus et les positions prises ce même jour.

Le Professeur Guy NICOLAS répond qu'il ne faut y voir aucune ambiguïté, qu'il n'y a pas de retour en arrière sur ce qui a été dit, et que l'interprétation qu'en fait Jean-Louis FARAUT est personnelle et ne correspond pas à la réalité. De même, il a été dit que les manipulations vertébrales ne sont pas sans risque, mais présentent néanmoins un niveau de dangerosité très bas ; le travail de l'ANAES est de définir les bonnes pratiques qui permettront de minimiser au maximum ce risque. La profession d'ostéopathe sera bien de première intention et il n'est pas du tout question de revenir sur cela.

Jacques LAPOUMÉROULIE réagit sur le terme profession et demande s'il n'y a pas d'ambiguïté, puisqu'on a parlé uniquement du titre d'ostéopathe, en aucun cas de la profession.

Le Professeur Guy NICOLAS rétorque qu'effectivement, il peut lui arriver d'évoquer la profession à la place du titre, et que ce n'est qu'un problème de sémantique.

Puis il souhaite passer au sujet du jour, et construire un schéma sur la formation. Il relate ensuite des propos échangés avec le Professeur Philippe THIBAUT, dans lesquels ce dernier lui a précisé que nous ne sommes pas dans une situation vierge, puisque déjà de nombreux enseignements existent depuis quelques années.

Michel SALA précise que le premier centre d'enseignement date de 1963.

Le Professeur Guy NICOLAS déclare qu'il ressort schématiquement des documents transmis, trois profils de formation coexistants aujourd'hui :

1. une formation pour les médecins
2. une formation pour les kinés
3. une formation initiale

Il faut donc en tenir compte pour construire quelque chose d'homogène, c'est-à-dire réfléchir sur ce qui se fait à partir de la formation initiale. Il semble qu'aujourd'hui la formation dispensée dans les établissements s'articule en trois cycles :

1. premier cycle de sciences fondamentales
2. deuxième cycle avec une partie importante de sémiologie
3. troisième cycle

Le Professeur Guy NICOLAS demande alors à l'assemblée s'il faut conserver ce schéma, si des participants ont des critiques à formuler ?

Michel SALA explique qu'il est d'accord sur ce schéma, en trois cycles, mais que celui-ci doit évoluer, avec un premier cycle sur 3 ans, un second sur 2 ans et un troisième d'au minimum 1 an. Ce schéma d'enseignement est actuellement en place.

Le but avoué du développement d'une formation de qualité pour l'ostéopathie serait un cursus sur 3 cycles avec l'obtention intermédiaire d'un Master à la fin du second cycle.

En suivant l'évolution de la déclaration de Bologne, le cursus actuel augmenté de 2 années pourrait déboucher sur un Doctorat en Ostéopathie, et ainsi se conformer au LMD.

(3 + 2 + 1 = dO + 2 = DO) (dO Diplômé en Ostéopathie, DO Docteur en Ostéopathie).

Sylvain PARNY précise que pour ce qui concerne la chiropratique, l'enseignement suit le schéma 1+4+1, et qu'il lui semble impossible à l'heure actuelle de déroger à la réglementation chiropratique internationale.

Guy NICOLAS demande alors s'il y a une évolution possible ?

Sylvain PARNY répond que cela est difficile, car cette organisation correspond à une norme mondiale.

Armand GERSANOIS précise également que l'on va évoluer vers le « LMD ».

Bruno BUREL demande alors si l'ostéopathie est concernée par le rapport du Professeur Yvon BERLAND et le tronc commun des études médicales ?

Madame LORDIER estime que les ostéopathes ne sont pas concernés, car pour l'instant, il n'est question que d'un titre.

Bruno BUREL demande s'il n'y aura qu'un seul titre, ou bien si deux titres, en fonction du cursus, peuvent apparaître ?

Dominique DE PENANSTER précise que de toute façon, toutes les professions ne seront pas dans le tronc commun.

Le Professeur Guy NICOLAS interroge l'assemblée sur la méthode selon laquelle les acquis antérieurs pourront être « branchés » sur la formation initiale, conforme au schéma défini en 3 cycles 3+2+1.

Jean-Louis GARCIA demande alors si le diplôme retenu par le Conseil de l'Ordre des Médecins, le DIU, devra être « jeté aux ordures ».

Le Professeur Guy NICOLAS explique que ce diplôme ne mène à aucune qualification, qu'il faudra donc le faire évoluer. Les formations auront un agrément sur des données précises, il faudra donc les réorganiser.

Le Professeur Guy NICOLAS revient sur les possibles branchements des autres professions sur le cursus spécifique menant au titre d'ostéopathe. Il demande une réorganisation complète des procédures d'agrément. Il insiste sur le seul objectif qui est d'arriver à une formation reconnue et non discutable.

Bruno BUREL interpelle le Professeur Guy NICOLAS sur l'inopportunité de rendre les mondes médicaux et non médicaux étrangers l'un à l'autre, ce qui aurait pour inconvénient de générer un exercice illégal de l'ostéopathie pour les médecins. Il acquiesce sur le fait que le DIU est insuffisant mais qu'il peut être le premier niveau pour enseigner l'ostéopathie aux médecins. Il souhaite que l'enseignement validant de l'ostéopathie se conforme aux critères internationaux.

Jean-Louis GARCIA précise que, pour exercer l'ostéopathie, il propose aux médecins deux années complémentaires après le DIU. Il revient sur l'absence de lois européennes concernant les ostéopathes et réaffirme que les députés ont été abusés lors du vote de la loi 2002-303.

Puis relisant des contributions d'ostéopathes non médecins - sans citer de quel groupe il provenaient - et après avoir précisé que si les choses étaient très claires pour les chiropraticiens concernant la reconnaissance internationale, elles l'étaient beaucoup moins concernant les ostéopathes ; qu'on essayait de nous faire croire des choses ; qu'il fallait arrêter de parler par exemple des ostéopathes américains car c'étaient des médecins et qu'ils ne pouvaient pas servir de référence aux non médecins en France ; que les ostéopathes non médecins n'étaient reconnus dans aucun pays ; que la Belgique souvent citée ne les reconnaissait pas, la loi cadre COLLA n'est pas appliquée et le processus est moins avancé que chez nous ; qu'il voulait bien pour l'Angleterre, mais que c'était à peu près tout. D'ailleurs, ajoute-t-il, quand on connaît l'état du système de santé outre-Manche, on ne s'étonne pas.

Michel SALA rappelle que les lois sur l'ostéopathie datent de 2000 en Suisse et pour le canton de Genève, cite de mémoire la loi K305 de mai 2001.

Jean-Louis GARCIA acquiesce en faisant remarquer que la Suisse ne fait pas partie de l'Europe.

Madame LORDIER-BRAULT intervient pour indiquer que la Suisse faisait partie de la zone d'échanges et de reconnaissance mutuelle des diplômes.

Interpellé par Jacques LAPOUMÉROULIE, le Professeur Guy NICOLAS rappelle les propos tenus lors des réunions de 1999, où une formation complémentaire après médecine de deux ans à temps plein avait été retenue comme base de discussion.

Bruno BUREL explique le programme de formation proposé pour les médecins par le « World Registry of Osteopathic Physicians », enseignement se déroulant sur un minimum de 4 ans et 700 heures.

Jacques LAPOUMÉROULIE rétorque qu'il ne faut pas tromper le public sur l'exercice des ostéopathes US, beaucoup de DO pratiquant peu l'ostéopathie.

Armand GERSANOIS confirme et appuie les propos de Jacques LAPOUMÉROULIE, en précisant que si les ostéopathes américains sont des médecins, de plus, ils sont très peu nombreux à faire de l'ostéopathie. Et précise que leurs sujets de mémoires sont des sujets médicaux et non ostéopathiques pour 80 % des cas.

Le Professeur Guy NICOLAS demande l'avis des kinésithérapeutes.

Eric PASTOR répond qu'il voit les choses relativement mal, que depuis le début, le non-dit prime, et qu'il n'imaginait pas l'ostéopathie accessible en formation initiale, et que selon la FFMKR, le pré requis est obligatoire. Il explique que la majorité des ostéopathes sont des anciens kinés, comme le prouvent les représentants assis autour de la table.

Michel SALA lui rappelle qu'il est ostéopathe de formation initiale, ni médecin ni kinésithérapeute, et que la formation sera spécifique et accessible aux bacheliers.

Eric PASTOR s'interroge également sur les champs de compétence des ostéopathes, qui, si l'on se réfère à la définition de la kinésithérapie, sont très proches de ceux des kinésithérapeutes, concluant que les deux professions sont similaires et donc accessibles directement aux kinésithérapeutes.

Philippe STERLINGOT précise que 60 % des membres du SFDO sont issus de la formation initiale, avec un bureau représentatif de cette situation. Il ajoute que selon les définitions adoptées lors des précédentes réunions, il n'y a pas conflit de compétences.

Il signale ensuite qu'il faut d'abord définir ce qu'est une passerelle, et savoir si l'on parle de formation en alternance ou initiale.

Il estime qu'il faut différencier l'accès à l'ostéopathie des médecins, qui sont déjà une profession de niveau 1, avec responsabilité des actes, pouvoir de décision, et celui des paramédicaux, de niveau 2, exerçant par délégation du médecin, et qui souhaitent accéder à une profession à haut niveau de responsabilité.

Selon lui, les passerelles permettent d'accéder à une formation initiale, par unités d'enseignement. Le SFDO a défini le différentiel qui existe entre les différents cursus, permettant de chiffrer les heures manquantes par matières à chaque profil. Il rappelle au Professeur Guy NICOLAS qu'il lui a transmis un dossier complet à ce sujet, avec une proposition précise sur ces unités d'enseignement.

Enfin, il ajoute que l'enseignement initial en 6 ans est un minimum, et qu'il faudra prévoir d'augmenter le cursus, afin, entre autres, de permettre à l'étudiant en ostéopathie d'accéder à

des stages hospitaliers, en plus de la clinique ostéopathique. Ceci permettra au futur ostéopathe de se confronter à la réalité des pathologies lourdes de l'hôpital, comme la sclérose en plaques ou le cancer.

Michel SALA fait écho aux propos de son confrère et confirme que toutes les contributions des ostéopathes vont dans ce sens.

Jacques LAPOUMÉROULIE demande à ce que les kinésithérapeutes puissent accéder au diplôme d'ostéopathe, avec par exemple, deux années temps plein après le DE, ce qui leur permettrait d'obtenir le « M » de « LMD ». Il évoque ensuite le problème que poserait une formation uniquement privée de l'ostéopathie, avec le coût que cela impose. Il demande alors quel est le prix des études en ostéopathie.

Philippe STERLINGOT et Armand GERSANOIS répondent que le prix se situe autour de 5 à 6000 € par an.

Le Professeur Guy NICOLAS répond sur les notions de diplôme d'état et de diplôme universitaire qui ne sont pas encore vraiment définis et que le choix du Professeur LUDES, doyen de la faculté de médecine de Strasbourg, comme président de la sous-commission enseignement n'est pas innocent.

Jacques LAPOUMÉROULIE fait écho à Eric PASTOR et trouve logique que les kinés puissent devenir ostéopathes. A ce titre, il pose la question du remboursement des actes d'ostéopathie.

Jean-Louis GARCIA demande que chacun choisisse son camp, et dénonce le problème des kinés ostéopathes, dont les actes sont remboursés, sous le couvert d'actes de MK.

Le Dr GARCIA prenant à témoin Sylvain PARNY dit que l'on peut faire un très bon chiropracteur sans être pour autant kinésithérapeute, c'est une question de formation ! Puis rajoute : de même, à partir de zéro, on devrait devenir très bons ostéopathes !

Le Professeur Guy NICOLAS répond que le remboursement n'est pas à l'ordre du jour, et que pour le problème des kinésithérapeutes, si ces réunions avaient eu lieu en 2010, nous ne l'aurions même pas évoqué.

Bruno BUREL demande pourquoi il y aurait un seul titre d'ostéopathe, et pourquoi n'y aurait-il pas un titre de médecin ostéopathe ?

Le Professeur Guy NICOLAS répond que lors des dernières commissions de 99, avait été évoqué le chiffre de 12000 ostéopathes tout confondu, dont 3500 à 4000 médecins. Il précise que sur ces 12000, beaucoup disparaîtront. Enfin, il explique qu'il ne peut y avoir plusieurs titres. Un titre correspond à une formation diplômante, et que c'est justement le but de ces discussions.

Sylvain PARNY explique que les chiropraticiens connaissent bien les difficultés qui peuvent se présenter lorsque l'on veut former des professionnels de première intention dans des structures non conventionnées. La mise en place et l'entretien d'une clinique publique universitaire coûte particulièrement cher ; les chiropraticiens n'ont pu maintenir à flot leur école que grâce à des efforts financiers considérables de la part d'un nombre important de

professionnels depuis plus de 20 ans. Il met en garde ceux qui penseraient qu'il est facile de dispenser des formations de haut niveau en six ans et de les multiplier.

Pour aller un peu plus loin dans l'exemple chiropratique, il explique qu'en 1979, du fait du changement d'équivalence des diplômes, un kinésithérapeute qui désirait commencer les études de chiropratique se trouvait dans l'impossibilité d'inscrire par manque de crédit d'étude. Il lui fallait alors compléter son niveau dans un certain nombre de matières, soit aux USA directement, soit en faculté en France.

C'est pour cela que la profession a d'abord créé une propédeutique en 1979 pour la mise à niveau spécifique des bacheliers et c'est de cet embryon qu'est né l'IFEC en 1983. Tout le monde connaît le pragmatisme des américains. Les études de chiropratique ont été conçues pour produire in fine un professionnel compétent dans le cadre de la thérapie manuelle de première intention. Tous les moyens de production ont été mis en place pour contribuer à cela. Par exemple : lorsque vous étudiez l'anatomie du membre inférieur, vous étudiez en même temps sa palpation, son anatomie topographique, vous continuez à développer votre sens tactile etc... tout est cohérent. Et c'est pour cette raison que notre compétence est reconnue dans le monde entier et que nous tenons à notre cursus spécifique. Les études de chiropratique sont aussi un apprentissage qui demande à être effectuées dès le début. Brancher des passerelles tard dans la formation comporte donc des dangers à cet égard.

La politique de passerelle mise en place par le Conseil d'éducation chiropratique qui accrédite nos écoles est la suivante :

- ✓ Peuvent être acceptés en deuxième année les étudiants de filière médicale ayant réussi leurs examens sous réserve de reprise des cours spécifiques chiropratiques de première année.
- ✓ Sous réserve de reprise éventuelle de cours techniques, nos règlements internationaux donnent à l'IFEC la possibilité d'admettre directement en 2^{ème} année, les candidats qui se seraient présentés à la deuxième session des examens finaux de 1^{ère} année et qui y auraient démontré les connaissances adéquates. C'est ainsi que sont généralement admis les titulaires du diplôme d'état de masseur kinésithérapeute.

Eric PASTOR demande la raison pour laquelle l'enseignement de l'ostéopathie se fait en 6 ans, puisque le « LMD » est sur une base 3+5+8, et que 6 ans, cela fait trop ou trop peu. Il pense que 5 suffiraient, ce qui conviendrait tout à fait aux kinésithérapeutes, et propose que la formation pour les ostéopathes se fasse en 3 années de kiné, plus 2 ans d'ostéopathie, c'est-à-dire 1500 heures en plus.

Il revient sur la définition de la kinésithérapie, qui contient également la notion de diagnostic, concluant à nouveau que les deux professions sont similaires et donc accessibles directement aux kinésithérapeutes.

Armand GERSANOIS précise que l'UFOF a envoyé des propositions par modules, de 1710 heures pour les médecins, 2300 heures pour les kinés.

Jacques LAPOUMÉROULIE s'insurge en estimant que ce n'est pas à une profession encore illégale de dire aux kinés comment organiser leur enseignement de l'ostéopathie.

Michel SALA lui précise que c'est encore moins aux kinésithérapeutes de définir une profession de 1^{ère} intention.

Philippe STERLINGOT rappelle les notions de diagnostic, de 1^{ère} intention, qui appellent une formation spécifique à l'ostéopathie, et un nombre significatif d'heures qualifiées pour passer de kiné à ostéopathe.

Il rappelle qu'à son avis, l'accès au titre d'ostéopathe doit se faire par l'intermédiaire des passerelles, en accédant à la formation initiale, en validant des unités d'enseignement, en l'intégrant à des niveaux déterminés selon les acquis pédagogiques.

Il précise que pour la durée des études, 6 ans en 5000 heures n'est qu'un minimum, et que compte tenu de ce qui a été dit précédemment, notamment sur les stages hospitaliers, il conviendrait de faire évoluer ce cursus vers 7 puis 8 ans.

Le Professeur Guy NICOLAS demande alors combien d'écoles étaient ouvertes à la date de la loi.

Philippe STERLINGOT répond qu'en mars 2002, il devait y avoir 18 établissements, tout confondu. Aujourd'hui, on se situe autour de 25 établissements.

Le Professeur Guy NICOLAS précise sa question en rappelant qu'il souhaite le nombre d'établissements en formation initiale ouverts en mars 2002.

Philippe STERLINGOT, après concertation avec Armand GERSANOIS et Michel SALA, répond qu'il devait y avoir 10 à 12 établissements à la date de la loi.

Sylvain PARNY soulève le problème des étudiants, nombreux en cours de formation, dans des établissements de tous niveaux, en expliquant le désarroi et l'inquiétude des parents.

Jacques LAPOUMÉROULIE évoque le problème de l'accès à la formation d'ostéopathe, précisant qu'il est plus difficile de rentrer dans les écoles de kiné, à cause du concours d'entrée.

Philippe STERLINGOT répond que dans la contribution du SFDO, la notion de quota est évoquée, et que d'après les calculs du SFDO, le nombre de 500 diplômés par an est probablement une bonne approche. Il précise que des concours d'entrées dans les écoles d'ostéopathie seront nécessaires, en fin de 1^{ère} année.

Sylvain PARNY demande alors combien d'étudiants sont en cours de formation actuellement.

Philippe STERLINGOT répond que 3000 étudiants à peu près sont en cours sur les 10 établissements ouverts à la date de la loi. Si l'on compte l'ensemble des établissements, y compris la formation en alternance, on approche le chiffre de 7000 étudiants en cours.

Sylvain PARNY donne le chiffre total de 229 étudiants en cours d'études à l'IFEC. Il explique par ailleurs que la clinique publique coûte très cher, et que l'objectif de 10 établissements de formation en ostéopathie en France lui semble très ambitieux.

Madame LORDIER demande à Sylvain PARNY ce qu'il entend par « clinique publique ».

Sylvain PARNY explique qu'il s'agit de cliniques chiropratiques ouvertes au public.

Le Professeur Guy NICOLAS demande quel est le ratio d'élèves ostéopathes qui sortent diplômés par rapport aux entrants.

Jacques LAPOUMÉROULIE redemande quel est le coût des études.

Philippe STERLINGOT répond qu'en moyenne, 60 à 70 % d'une promotion finit son cursus avec son diplôme, et qu'une année d'études coûte entre 5000 et 6000 €.

Bruno BUREL demande alors si tous les établissements de formation pourront déposer un dossier auprès de l'administration.

Boris CHATIN précise qu'à son avis, il sera important de privilégier la qualité de l'enseignement.

Michel SALA lui confirme que la qualité de l'enseignement est le seul garant pour définir notre profession et qu'à ce titre, seuls le contenu et le volume horaire sont à mettre en avant.

Philippe STERLINGOT explique qu'il est important que l'enseignement, et donc le diplôme, soient les plus homogènes possible, ce qui implique qu'il est nécessaire que ce diplôme soit unique au plan national, avec validation des connaissances à l'échelon national.

Michel SALA rappelle que la loi est explicite à ce sujet et parle de diplôme sanctionnant une formation spécifique délivrée par un établissement agréé.

Bruno BUREL demande alors si le DIU ne pourrait pas être une première marche pour accéder à la formation diplômante en ostéopathie, permettant d'accéder à un titre spécifique pour les médecins.

Le Professeur Guy NICOLAS demande à Bruno BUREL de préciser à quel titre il pense.

Bruno BUREL explique qu'il s'agirait d'un titre de médecin ostéopathe, permettant de conserver la spécificité du médecin exerçant l'ostéopathie. Il rappelle que le DIU ne présente pas un niveau de formation suffisant pour devenir ostéopathe exclusif.

Sylvain PARNY évoque alors l'accréditation des écoles de chiropratique aux USA, qui est très rigoureuse, au point que l'une des plus importantes d'entre elles vient de perdre son accréditation pour des raisons de non conformité de cursus.

Le Professeur Jean-Pierre DIDIER propose une synthèse de ce qu'il a compris sur la formation en ostéopathie. Il a noté que les études se font en 5 ou 6 ans, que l'entrée se fait à partir d'une sélection, pour aboutir à un diplôme, au travers d'une formation initiale, mais que les portes d'entrée à cette formation par passerelles sont variables :

1. le médecin avec DIU accède à la formation à un niveau donné, vers le 3^{ème} cycle,
2. le médecin sans DIU y accède un peu en amont,
3. les étudiants de médecine ayant validé leur 1^{er} cycle rentrent encore en amont,
4. les kinésithérapeutes encore plus avant.

Le tout permet d'accéder, tout en étant au départ professionnel de santé, à un statut de professionnel avec en plus le titre d'ostéopathe. Puis il demande à l'assemblée s'il a bien compris ?

Bruno BUREL explique que nous oublions là le mode de formation, et que les médecins sont opposés à un système par passerelles. Si ce système était retenu, les médecins évolueraient vers un exercice illégal de l'ostéopathie, ce qui serait dommageable à la profession, et ce qui n'est pas souhaité par les ostéopathes de formation médicale et par les ostéopathes de

formation initiale, qui travaillent très bien ensemble à la fois en France, et à l'étranger, dans le cadre du WOHO (World Osteopathic Health Organisation).

Boris CHATIN souscrit au schéma de J-P DIDIER, mais précise qu'à son sens, Bruno BUREL soulève là un point très important.

Le Professeur Guy NICOLAS précise qu'il y aura un agrément des services formateurs, et que tous les lieux déjà existants en terme de formation ne seront pas forcément agréés. Il explique ensuite que pour ce qui est de l'accès à la formation initiale, les candidats entreront au niveau nécessaire, en fonction de leur cursus antérieur.

Michel SALA recentre le débat en expliquant au Professeur DIDIER qu'il ne faut pas confondre la gestion des professionnels déjà en exercice par la mise en oeuvre des VAP et VAE avec un quelconque tronc commun initial qui est totalement exclu de notre formation.

Armand GERSANOIS demande s'il ne serait pas nécessaire de faire une synthèse des DIU.

Eric PASTOR demande si les établissements en formation en alternance seront retenus, et il précise que si le principe de la formation initiale est retenu, ce qui est contraire au mandat que la FFMKR lui a donné, la fédération sera obligée de communiquer, car l'heure est grave.

M. COURAUD intervient pour demander à quel niveau l'Education Nationale sera interpellée. Il précise qu'il entend parler depuis le début de LMD (Licence/Maîtrise/Doctorat), mais que si l'on s'achemine vers un tel schéma, la formation doit être universitaire, dans des établissements adéquats.

Le Professeur Guy NICOLAS répond qu'il est obligatoire qu'il y ait une réflexion à ce niveau, ce qui implique une communication entre les deux cabinets (DGS et EN) à ce sujet.

M. COURAUD explique que si l'on s'achemine vers un diplôme d'exercice, il n'est pas nécessaire de s'inscrire dans la dynamique LMD. Par contre, si l'on souhaite une « universitarisation » du titre, il faudra en tenir compte. Peut-être peut-on créer un cas particulier ?

Sylvain PARNY demande si le diplôme d'ostéopathe et de chiropraticien sera un Diplôme d'Etat.

Le Professeur Guy NICOLAS répond par l'affirmative.

M. COURAUD précise que le LMD se passe à l'université, mais que des établissements privés sous convention avec l'EN peuvent délivrer des diplômes universitaires. Les contraintes sont plus difficiles et la création plus longue mais c'est possible. Le plus simple serait de rester sur un diplôme d'état pour évoluer ensuite vers l'« universitarisation ».

Sylvain PARNY demande si cela recouvre une affiliation à une université.

M. COURAUD répond par l'affirmative, affiliation ou convention.

Le Professeur Guy NICOLAS demande alors que le groupe soit constitué pour la sous-commission de l'enseignement. Ce groupe sera constitué du doyen de la faculté de médecine de Strasbourg, d'un ostéopathe, d'un médecin, d'un kinésithérapeute, d'un chiropraticien. Il demande qui sera représenté par profession appelée.

Bruno BUREL et Jean-Louis GARCIA se mettent d'accord sur Bruno BUREL.

Eric PASTOR et Jacques LAPOUMÉROULIE sur Jacques LAPOUMÉROULIE.

Guy NICOLAS fait remarquer que Sylvain PARNY est implicitement le représentant des chiropraticiens et interpelle alors les ostéopathes, qui ont déjà tous levé la main sauf Jean-Louis FARAUT, pour connaître leur représentant. Philippe STERLINGOT se propose, Armand GERSANOIS et Michel SALA, de même. A la demande de choix unique du Professeur Guy NICOLAS, Michel SALA se nomme, invoquant le privilège et la sagesse de l'âge, et sa position de médiateur entre Philippe STERLINGOT et Armand GERSANOIS. Armand GERSANOIS se manifeste, expliquant que participant des commissions NICOLAS en 1999, il bénéficie d'une réelle antériorité, et qu'il doit être le représentant des ostéopathes à cette commission.

Le Professeur Guy NICOLAS demande alors aux trois ostéopathes de trouver une solution entre eux.

Sylvain PARNY demande qui fera l'agrément des établissements de formation.

Guy NICOLAS n'a pas de réponse.

Fin de la réunion à 17 heures 10.

**CR de la 1^{ère} réunion de la sous-commission enseignement
14 janvier 2004**

Etaient présents

Le professeur Guy NICOLAS
Le professeur Bertrand LUDES
Le Dr DE PENANSTER
Le Dr GALLOT
Mme Ingrid MAGHFOUR

Le Dr Bruno BUREL
Le professeur DIDIER
M. Jean-Louis FARAUT
M. Armand GERSANOIS
M. Jacques LAPOUMEROULIE
M. Sylvain PARNY
M. Michel SALA
M. Philippe STERLINGOT

Le professeur Guy NICOLAS ouvre la réunion en rappelant le but du travail de la sous-commission, c'est-à-dire l'organisation et la validation du cursus spécifique à l'ostéopathie, qui précèdera la définition et l'organisation de la Formation Continue, et la gestion du stock. Il rappelle également que le Professeur LUDES, doyen de la faculté de Strasbourg, a été proposé par le Professeur THIBAUT pour présider cette sous-commission. Il confirme également que les échéances sont maintenues. Le dossier sera terminé pour le printemps et les décrets verront le jour au mois de juin.

Le professeur LUDES, après cette présentation, fait un rapide tour de table pour faire connaissance avec les participants. Il propose de saisir l'opportunité de la mise en place du nouveau système européen d'enseignement supérieur LMD (appelé également 3-5-8 : 3 ans pour la licence, 5 ans pour le Master et 8 ans pour le Doctorat), plutôt que d'attendre l'hypothétique tronc commun des professions de santé.

Le professeur LUDES nous rappelle les points forts du LMD :

- ✓ Le LMD répond aux besoins d'harmonisation européenne, validé par les ECTS (Européen Crédit Transfert System).
- ✓ L'année se répartit en deux semestres, la licence comporte six semestres et le master comporte quatre semestres.
- ✓ Le LMD permet une meilleure mobilité des étudiants et facilite les passerelles puisque les crédits d'enseignement sont valables et transférables dans toute l'Union Européenne. De plus, ils sont capitalisables, donc définitivement acquis quelle que soit la durée du parcours. Il ne faut plus parler de nombre d'heures, mais d'objectifs, de validations et de vérifications des connaissances.
- ✓ Les parcours permettent l'orientation progressive des étudiants en fonction de leur projet personnel et professionnel. Les orientations, vers la recherche ou l'exercice de la profession, sont distinctes.
- ✓ De plus, le LMD facilite les passerelles par la prise en compte des expériences personnelles et professionnelles ainsi que de leur validation. La notion de passerelle est

importante et implicite avec le système de crédits ETS, ainsi que les crédits des acquis de l'expérience et des acquis professionnels, prenant en compte aussi bien les étudiants que les professionnels. Il faudra décliner en crédits les enseignements de kinésithérapie et de médecine.

- ✓ La validation des connaissances sera universitaire, soit dans les universités de santé, soit dans les UFR de médecine, soit dans les pôles santé.
- ✓ Les examens de la licence et du master seront nationaux après l'obtention des crédits nécessaires.
- ✓ Cette voie du LMD permettra d'avoir des stages hospitaliers au cours des études.

La formation sera privée, et publique également par la suite (budget ne pouvant être voté qu'après les décrets), mais le cursus et l'examen seront nationaux et supervisés par l'université.

Le temps imparti au chapitre de l'enseignement s'étant écoulé, il subsiste, néanmoins, quelques questions :

- ✓ Actuellement, notre enseignement semble dépasser notablement le niveau master en terme de crédit ETS.
- ✓ Le master étant un titre universitaire comment définir la 6^{ème} année actuelle qui nous amène sur un diplôme de pratique : le « dO » ?
- ✓ Qui délivrera ce « dO » si nous le conservons ?
- ✓ Avant d'avoir des ostéopathes universitaires, comment et qui enseignera l'ostéopathie pour ne pas perdre la formation traditionnelle actuelle et permettre la transmission de cette connaissance ?
- ✓ L'équivalence Master pour les ostéopathes du stock sera-t-elle suffisante pour obtenir ou conserver un poste d'enseignant ?

Il a été sagement discuté et décidé que l'accès au cursus de l'ostéopathie sera soumis à un concours et pour la première fois, le nombre de places sera de 700. Ce nombre sera actualisé au fil des ans.

Les écoles pour fournir un enseignement de qualité devront avoir un plateau d'au maximum 50 étudiants, ce qui portera à 14 le nombre éventuel de centres d'enseignement qui réuniront les conditions de programme et d'enseignants fixées par l'Administration.

L'ordre du jour étant épuisé les professeurs Guy NICOLAS et LUDES nous donnent rendez-vous aux mêmes heures et dans la même salle pour le 13 février.

NB : L'adresse e-mail du Professeur Bertrand Ludes est : bertrand.ludes@wanadoo.fr

**CR de la 2^{ème} réunion de la sous-commission enseignement
13 février 2004**

Etaient présents

Le Professeur Bertrand LUDES
Le Dr Dominique DE PENANSTER
Le Dr Anne-Marie GALLOT
Le Dr Agnès LORDIER BRAULT
Mme Claudine MESCLON
Mme Carole MERLE

Le Dr Patrice DOSQUET
Le Dr Michel GEDDA

Le Dr Bruno BUREL
Le Professeur DIDIER
M. Jean-Louis FARAUT
M. Philippe FLEURIAU
M. Armand GERSANOIS
M. Jacques LAPOUMEROULIE
M. Eric PASTOR
M. Michel SALA
M. Philippe STERLINGOT

Le professeur Bertrand LUDES ouvre la réunion en faisant état de divers bruits et mouvements de fond engendrés depuis et par notre réunion.
Il en rappelle les grandes lignes et demande les remarques éventuelles sur cette première réunion.

Le professeur DIDIER revient sur la notion de numerus clausus, prétexte pour signifier sa crainte de voir échapper l'ostéopathie à la kinésithérapie.

Michel SALA l'interrompt pour lui signifier que son discours est identique au mot près à celui qui avait, à la séance précédente, nécessité la notion de ce même numerus clausus.

Philippe FLEURIAU intervient pour signifier que la profession chiropratique n'est pas du tout favorable à un NC.

La DGS surenchérit également d'une part sur la notion de numerus clausus dont la décision ne peut être que politique, et d'autre part et à voix basse, sur l'ostéopathie, spécialisation de la kinésithérapie.

Le professeur LUDES propose, après divers échanges, notamment sur le rapport DEBOUZIE, une sélection en première année des études de santé suivi du cursus actuel spécifique architecturé sur le LMD.
De surcroît, ce projet conforme à nos ambitions, mettrait à plat tous les différents de profession et de numerus clausus.

Eric PASTOR et Jacques LAPOUMEROULIE surenchérisent, malgré tout, sur l'appartenance de l'ostéopathie à la kinésithérapie, insistent sur le LMD où la licence serait la

« sortie kinésithérapie », voudraient abaisser le niveau de l'ostéopathie, en rappelant que le Master est inférieur au cursus que nous réclamons.

La DGS acquiesce sur la durée exagérée de notre cursus.

Philippe FLEURIAU insiste sur la spécificité de notre cursus dès la première année, induisant donc une licence spécifique ostéo-chiro.

Le professeur LUDES dit être embarrassé sur la proposition de Licence spécifique pouvant être professionnalisante.

Michel SALA rappelle que les licences sont déclinées suivant plusieurs domaines dont entres autres les « sciences et techniques », les « sciences humaines », la « santé médecine pharmacie », et que notre licence pourrait être proche de la licence STAPS... il n'y a donc aucun problème attaché à cette notion de licence spécifique, qui ne correspond qu'à un niveau d'études.

Philippe STERLINGOT intervient pour signifier que les notions de sécurité des patients et de première intention conditionnent le niveau et la spécificité des études.

Les kinésithérapeutes reviennent sur le LMD commun kiné puis ostéo, ainsi que sur la notion de titre et non de diplôme, insistant sur les termes de la loi et la non spécificité de l'ostéopathie.

La DGS suit les kinés pour affirmer que rien de ce qui a été dit en réunion n'est validé et que les décisions seront prises uniquement par l'administration, et à voix basse, insiste sur l'ostéopathie, spécialisation de la kinésithérapie.

Les kinésithérapeutes insistent et proposent le cursus unique, la mutualisation des savoirs, et comme Bruno BUREL pour des raisons et à des niveaux différents se montrent opposés aux notions de passerelles, et en revanche, attachés aux enseignements alternés.

Jean-Louis FARAUT « explique bien » à Jacques LAPOUMEROULIE les différences fondamentales et historiques entre kinésithérapeute, thérapeute manuel et ostéopathe.

Michel SALA recentre le débat sur le but du travail de la sous-commission qui est le cursus de l'ostéopathie et de la chiropratique, ainsi que sur le but du groupe de travail qui est de définir le futur de nos professions, indiquant que les situations particulières et antérieures se résoudraient implicitement après les décrets.

Eric PASTOR s'insurge à nouveau sur l'« universitarisation » des études d'ostéopathie alors que celles de la kinésithérapie ne le sont pas encore malgré leurs revendications.

Le Professeur LUDES se dit alors surpris car il n'a jamais reçues de telles demandes à la faculté de Strasbourg, et déclare en plus que ces revendications ne font pas partie des objectifs de la sous-commission.

Michel SALA dit être très étonné du comportement de l'ensemble des participants et insiste sur la perte de temps occasionnée par ces discussions et des arguments remettant en cause les réunions passées.

Le professeur LUDES, après ces échanges de propos et la remise en cause de réunions auxquelles il n'a pas participé, propose d'interrompre les travaux après nous avoir proposé une dernière fois la sélection en PAES suivi du cursus actuel spécifique architecturé sur le LMD.

Après nous avoir demandé de nous prononcer sur cette proposition, il n'envisage de continuer ces travaux qu'après avoir reçu l'aval des deux ministères concernés « la santé et l'éducation nationale ».

La prochaine réunion, serait à Strasbourg, après que la volonté politique soit connue, c'est-à-dire profession de santé de première intention !...

L'ordre du jour n'a pas été abordé et le professeur LUDES lève la séance après que Madame MESCLON nous signale le report implicite de la prochaine réunion dépendante des réponses ministérielles.



AFC, AFO, OdF, SFDO, SNOF