

PROFESSION KINÉ

Le magazine des masseurs-kinésithérapeutes passionnés
Sept. Oct. Nov. 2016 / 12€

RÉÉDUCATION DES ATTITUDES
préférentielles et des déformations crâniennes



LES IMPAYÉS :
le constat et les solutions



PROFESSIONKINE.COM

N°52

Statut de l'ostéopathie en France en 2016 : son histoire, ses échecs

SPÉCIALITÉS OSTÉOPATHIE

Les professions d'ostéopathe et de chiropracteur sont reconnues en France depuis le 4 mars 2002 suite à l'article 75 de la loi 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sur l'ostéopathie et la chiropraxie.

La profession d'ostéopathe est réglementée depuis l'édiction des décrets d'application de la loi 2002-303 et leurs arrêtés du 25 mars 2007. Celle de chiropracteur est également réglementée depuis le 7 janvier 2011 (décret 2011-32).

Ces décrets et arrêtés ont mis fin à 40 ans d'exercice illégal de la médecine pour les non médecins pratiquant toutes manipulations vertébrales et d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie (Art. 2 de l'arrêté ministériel du 6 janvier 1962).

Néanmoins, ces textes constitutifs de notre profession n'ont pu être obtenus qu'après les efforts continus de l'AFO et du SNOF et notamment la saisie du Conseil d'État en 2005 pour l'édiction des décrets en 2007, puis la réintroduction en janvier 2008 du crânien et du viscéral (compétences, actes et enseignement).

Le décret 2007 concernant la formation faisait référence aux référentiels de la profession mais ceux-ci n'existaient pas officiellement. Cet état de fait a rendu permissives la compréhension et l'application des décrets et est responsable de l'agrément d'un trop grand nombre d'écoles (62 au 31 août 2015 dont 33 pour les PS - Professionnels de Santé), de l'hétérogénéité de l'enseignement mais également de l'accréditation d'un trop grand nombre de praticiens pouvant utiliser le titre d'ostéopathe.

À la demande de l'ensemble des quatre organisations représentatives, il devenait urgent de réguler la démographie des ostéopathes, le nombre d'établissements et d'assurer voire garantir la qualité et la sécurité des prestations en ostéopathie.

1. L'Administration prend le relais

Suite à cette demande, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a engagé en avril 2013, en concertation avec Geneviève Fioraso, secrétaire d'État à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche, une réforme visant à renforcer l'encadrement de la formation en ostéopathie, pour harmoniser et améliorer la qualité des formations dispensées.

L'Administration souhaitait établir un nouveau programme de formation pour la rentrée 2014 (reporté en 2015), en lien avec le référentiel national des activités et celui des compétences. Une procédure de dispense de suivi et de validation

de certains enseignements est également prévue, afin de prendre en compte le parcours antérieur des étudiants.

Par ce nouveau dispositif, élaboré au terme d'une concertation avec l'ensemble des représentants des professionnels et des étudiants, le gouvernement réaffirme sa volonté de garantir la qualité des enseignements et des écoles d'ostéopathie sur l'ensemble du territoire afin de sécuriser la prise en charge des personnes recourant à l'ostéopathie.

Ce nouveau cadre réglementaire est désormais applicable, et contient notamment des critères d'agrément plus exigeants, avec lesquels tous les établissements se sont mis en conformité pour la rentrée de septembre 2015.



Technique cervicale

Malgré cette volonté, ce nouveau dispositif est un échec car si de façon illusoire on ne compte plus que 31 écoles (du fait de la fusion des offres de formation initiale et continue des anciennes écoles), l'offre de formation a en revanche augmenté pour dépasser les 11 000 places ! Et même si la formation affiche 4 860 heures sur 5 années, le niveau de l'enseignement n'a pas été élevé, aucune équivalence universitaire, aucune dispense pour accéder ne serait-ce qu'à une licence et encore moins à un master n'ont été prévues. La majorité des ostéopathes (exceptée l'AFO) a œuvré pour une ostéopathie sans action thérapeutique et sans responsabilité, interdisant ainsi aux étudiants et aux professionnels le droit d'exercer dans les hôpitaux et encore moins de s'insérer officiellement dans l'offre de soins.

2. Les nouveaux textes encadrant la profession

- Décret du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie ;
- l'Arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie complétait ce décret et annonçait ainsi les textes à venir,
- textes consolidés et validés lors de la réunion du 7 novembre (Cf. annexe)¹.

3. Les travaux

D'avril 2013 à novembre 2014, les vingt mois de travaux intenses de communications, de contributions, de réunions ponctuées d'échanges animés, virils, mais constructifs et professionnellement encadrés par la DGOS, ont permis la réalisation : des référentiels d'activité, de compétences et de formation, des nouveaux critères d'agrément pour les établissements de formation compatibles avec une profession de première intention. Les travaux du groupe de travail chargé de réformer la réglementation de l'ostéopathie et de la mise en œuvre du nouveau dispositif d'encadrement du titre d'ostéopathe se sont enfin achevés le vendredi 7 novembre au Ministère de la Santé.

Les délégations représentatives des médecins, des sages-femmes, des pédicures-podologues et des ostéopathes ont avalisé les textes qui régiront dès le 1^{er} septembre 2015 la formation des étudiants en ostéopathie.

Ces textes élaborés collégialement (Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ostéopathes, Médecins, Sages-Femmes, Masseurs-Kinésithérapeutes, Infirmiers, Pédicures-podologues, Ordres des MD, des MK, des SF, des PP et des Inf.) ont toutefois été soumis aux avis de la HAS, du HCPP (Haut Conseil des Professions Paramédicales) et du CNESER (Conseil National de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche).

Élaborés pour mieux encadrer notre profession de première intention, ces nouveaux textes ont ainsi



Technique rachidienne

confirmé que l'ostéopathe est un professionnel, satisfaisant à tous les critères de moralité, de formation ; exerçant exclusivement l'ostéopathie en respectant la déontologie et les référentiels de la profession, et assurant la qualité et la sécurité des soins pour les patients ayant recours à cette pratique.

Les manipulations nécessitent un long apprentissage et une pratique quotidienne pour être appliquées en toute sécurité.

4. Kinésithérapie et ostéopathie

S'il y avait une forte proportion de MK parmi les ostéopathes dans les années 2000, celle-ci n'était que de 50% en 2010, et de 34% en mars 2016 (sources DRESS). Cette proportion s'est atténuée en raison de la prolifération des écoles pour les bacheliers en formation initiale. Cette tendance va encore s'accroître au décours de la dernière campagne d'agrément.

En effet, sur les 33 écoles agréées précédemment pour MK, seules 10 restent agréées en 2016. De plus, les dispenses accordées aux MK ne favorisent pas l'accès au titre. Le titre d'ostéopathe est partagé, l'accès à celui-ci est soumis à d'éventuelles dispenses tenant compte des cursus antérieurs... pour les MK il faudra compter 1 600 heures pour obtenir le sésame.

L'ostéopathie et la kinésithérapie sont deux professions distinctes. La première est d'accès direct et à visée thérapeutique, la seconde d'accès principalement sous prescription et notamment pour des massages et de la rééducation dans un but préventif, thérapeutique ou non. Force est de constater que la collaboration entre ces deux professions est fréquente et efficace.

5. Professionnel de la santé

L'ostéopathe est un professionnel de la santé diplômé après 5 années d'études dans un organisme de formation agréé par le ministère de la santé et celui de l'enseignement supérieur et de la recherche. Le champ de compétences d'un ostéopathe est défini par le décret 2007-435... qui précise les actes exclusivement manuels utilisés pour traiter les troubles fonctionnels des patients. Un ostéopathe ne prescrit pas de médicament, en revanche, sa formation lui permet de conseiller et d'orienter le patient quand cela s'avère nécessaire.

L'ostéopathe analyse la plainte d'une personne, il évalue son état de santé, il détermine l'étiologie du trouble fonctionnel, puis, si ce dernier entre dans son champ de compétences, il met en place un traitement approprié à l'aide de techniques exclusivement manuelles (mobilisations et manipulations) dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé.

La profession d'ostéopathe est en devenir. Le combat des ASP pour en faire une profession pérenne est permanent mais pour les jeunes qui ont vocation de devenir ostéopathe, l'important est de bien choisir son école de formation notamment selon le contenu pédagogique. La formation doit également permettre aux futurs ostéopathes de répondre aux motifs de consultation des patients (cf. étude MOST).

6. Prise en charge ostéopathique

Les manipulations nécessitent un long apprentissage et une pratique quotidienne pour être appliquées en toute sécurité. En effet, l'application d'une technique ne reste que la concrétisation d'un diagnostic, nécessitant un enseignement de haut niveau, une méthodologie spécifique et une pratique quotidienne. Les ostéopathes interviennent en première intention, de manière autonome et en cas de nécessité, en collaboration avec les autres professionnels de santé pour assurer le respect des droits et de la sécurité du patient.

L'Étude MOST sur la pertinence de la prise en charge montre clairement les motifs de

consultation des patients et notamment sur la douleur des troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur et d'autres troubles fonctionnels (viscéraux, pédiatriques, ORL, etc...). Si pour l'appareil locomoteur les effets thérapeutiques de l'ostéopathie sont validés scientifiquement, en revanche pour les troubles fonctionnels viscéraux, les résultats sont empiriques et les validations scientifiques sont en cours d'évaluation. En effet, il n'existe pas aujourd'hui de preuves tangibles que les ostéopathes soient efficaces sur les troubles fonctionnels viscéraux. Ceci signifie que l'on ne peut pas mettre en évidence par les moyens de la science l'efficacité affirmée par les praticiens et la satisfaction décrite par les patients. Cette méconnaissance des limites de notre prise en charge thérapeutique invite également à rester vigilants.

En pratique, le faible niveau de preuves implique que le praticien doit indiquer au patient cette situation et lui proposer des alternatives de traitements de ses symptômes. En revanche, quand il intervient sur ces troubles, il doit recourir à des actes efficaces et avoir une approche éthique et rationnelle.

Si le diagnostic d'opportunité le permet, l'ostéopathe peut faire un essai thérapeutique, mais la persistance des signes au décours du traitement doit amener un arrêt de celui-ci, et conduire à une délégation ou une prise en charge pluridisciplinaire.

Dans le contexte d'une prise en charge pluridisciplinaire, l'ostéopathe va apporter un traitement mécanique (manipulation, mobilisation) engendrant par mécano-transduction des réactions neuro-physiologiques.

Celles-ci font que l'ostéopathie puisse quelque fois être perçue désagréablement. Ces réactions sont toutefois limitées dans le temps et supportables pour l'ensemble des patients (bébés, enfants, adultes, seniors).

7. Éthique et déontologie en guise de conclusion

La refonte de la formation en ostéopathie qui devait conduire à la diminution du nombre d'étudiants en formation est un échec complet, ce qu'a reconnu la DGOS lors de la dernière réunion ministérielle portant sur les passerelles.

La place centrale des concepts ostéopathiques dans cette formation y est pour beaucoup : les nouveaux textes rendent impossible l'éventualité d'une définition de ce qu'est une bonne école sur la base de critères pédagogique et d'une pratique fondée sur les preuves. En effet, il suffit pour être diplômé en ostéopathie, de croire, ou de faire semblant d'avoir cru, aux concepts purement ostéopathiques, et notamment la fameuse *dysfonction*.

Rappelons que les termes de « troubles fonctionnels » décrits dans la loi de 2002 ont été remplacés par les termes « dysfonctions ostéopathiques » dans les nouveaux référentiels. Si la dysfonction fait partie du vocabulaire de l'ostéopathe, un professionnel de la santé n'est pas en mesure de l'appréhender ou de la comprendre lui-même car cela reste un concept relevant de l'ésotérisme et non du médical.

Ces concepts ésotériques ne peuvent pas être les gardiens d'une pratique éthique et efficace.

8. La pratique ne doit pas et ne peut pas être basée sur des concepts ésotériques

En pratique, mettre les concepts ostéopathiques, et notamment les caractéristiques d'une dysfonction métaphysique, au cœur de la décision thérapeutique, peut mener à plusieurs effets délétères qu'il est bon de reconnaître pour mieux les éviter.

En tant qu'acteur de la santé, l'ostéopathe doit informer le patient sur les solutions thérapeutiques qui s'offrent à lui, leurs risques et leurs bénéfices. Comment pourrait-il le faire de manière neutre si l'objectif qu'il détermine pour son patient est d'améliorer ses dysfonctions ostéopathiques ? Et surtout, comment peut-il le faire s'il considère être le seul à traiter la cause du dysfonctionnement ?



Les pièges épistémologiques tendus par les croyances ostéopathiques ancestrales sont nombreux et beaucoup de formateurs continuent à s'y faire prendre, même s'ils ont, comme cela est maintenant exigé, 5 années d'expérience professionnelle. Ainsi, considérer que l'on traite la cause et refuser le caractère éminemment symptomatique de notre traitement altère la qualité de la prise en charge car cela empêche d'envisager une prise en charge pluri professionnelle ordonnée et hiérarchisée. En d'autres termes, au lieu de positionner le patient au centre du traitement, on y met le concept.

Les dysfonctions ostéopathiques, rappelons-le, ne présentent pas de preuves de relations causales avec la douleur.

9. Jargon ostéopathique, critères d'inclusion et collaboration ? Un non-sens !

Par ailleurs, n'oublions pas que la prise en charge d'affections chroniques nécessite une collaboration interprofessionnelle et de fait, un échange d'informations cliniques pour coordonner cette collaboration. Comment l'ostéopathe pourrait-il transmettre des indications aux autres acteurs de la santé sur ses propres conclusions si celles-ci sont basées sur des concepts dont l'interprétation n'est accessible que par et pour lui seul ? Les concepts ostéopathiques, en tant que langage, n'ont pas de sens dans les collaborations interprofessionnelles.

À l'inverse, comment indiquer aux autres acteurs de la santé les critères d'inclusion en ostéopathie ? D'ailleurs, quels sont-ils ? L'ostéopathie pêche de n'avoir que des critères d'exclusion. L'absence de contre-indications ne signe pas l'opportunité



Technique sacro-iliaque

d'avoir recours à l'ostéopathie.

Quels sont les critères d'inclusion en ostéopathie ? Voilà un domaine où la rationalité scientifique pourrait aider l'ostéopathie à faire évoluer sa pratique et limiter les problèmes éthiques engendrés par le discours tenu par certains ostéopathes à leurs patients.

La capacité à prendre des décisions cohérentes dans le système de soins est l'enjeu de demain pour l'ostéopathie si elle veut préserver son statut de première ligne.

Que faire des concepts ostéopathiques dans notre pratique s'ils représentent un frein à cette compétence de triage ? La question mérite d'être posée.

10. Une pratique pourtant encadrée !

Les textes en vigueur (cf. annexe) permettent à l'ostéopathe d'agir librement à l'extérieur du champ de remboursement de la Sécurité Sociale, tout en étant intégrée à l'offre de soins du patient. La plupart des mutuelles prennent en charge tout ou partie des honoraires des consultations d'ostéopathie sous réserve de la présence sur la liste ADELI de la profession. Un contrat d'assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) spécifique à notre pratique est obligatoire lors de l'installation.

Conclusion

Comme on peut le voir, le parcours de l'ostéopathie et de l'ostéopathe semble constamment parsemé d'embûches. Néanmoins cette profession évolue, se structure et définit son cadre de pratique vers un but unique « la meilleure prise en charge pour le patient ».

Bibliographie

'Annexe

- Étude MOST sur la pertinence de la prise en charge
- Efficacité clinique de la thérapie manuelle sur l'appareil locomoteur et autres troubles
- Manipulation et inhibition de la douleur
- AFO Association Française d'Ostéopathie

Les textes en vigueur

Article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Décret n°2007-435

Décret n°2007-437

Décret n°2014-1043 du 12 septembre 2014

relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie publié au Journal officiel du 14 septembre 2014

Arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie publié au Journal officiel du 14 octobre 2014

Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie

Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie

Arrêté et Annexes de l'arrêté du 12 décembre 2014, Bulletin Officiel Santé Protection sociale Solidarité

1. Annexe 1 - Référentiel activités compétences

2. Annexe 2 - Maquette formation

3. Annexe 3 - Référentiel formation

4. Annexe 4 - Livret de stage ostéopathe

5. Annexe 5 - Convention de stage

Arrêté dispenses pour accès au titre d'ostéopathe décembre 2014. Comme suite à la réingénierie du diplôme de MK un nouvel arrêté sera présenté au HCPP le 12 juillet 2016 spécifiant 2 années d'enseignement ou 1600 H pour accéder au titre d'ostéopathe.

Loi 2014-201 du 24 février 2014 adaptation du droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé

Décret 2014-1347 du 10 novembre 2014 RCP souscrites par les ostéopathes et les chiropracteurs