



IFSO Vichy – Clermont-Ferrand : 4, rue du Général Gallieni 03200 Vichy

Année universitaire 2024-2025

Le Masseur-Kinésithérapeute-Ostéopathe : un titre encore d'actualité en 2024 ?

Etude qualitative réalisée auprès de la population des
Masseurs-Kinésithérapeutes-Ostéopathes français

**Mémoire présenté par Monsieur CHALMANDRIER
William**

En vue de l'obtention du diplôme d'Ostéopathie

**Préparé sous la direction de Monsieur DUBOIS Thierry,
Ostéopathe**

Juin 2025

Déclaration d'originalité et autorisation

Je soussigné CHALMANDRIER William, étudiant à l'IFSO Vichy, en fin de cursus,

1 - Déclare être l'auteur de ce mémoire dont le contenu est original et reflète mon travail personnel. J'atteste que les citations sont correctement signalées par des guillemets et que les sources de tous les emprunts ponctuels à d'autres auteur.e.s, textuels ou non textuels, sont indiquées.

2 - Atteste avoir pris connaissance du contenu de cet engagement de « non-plagiat » et déclare m'y conformer dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.

3 - Donne autorisation à l'IFSO Vichy de publier en ligne, totalement ou partiellement mon travail, dans le but d'un partage de données servant la recherche en ostéopathie.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Thierry Dubois pour l'ensemble de son accompagnement tout au long de ce projet ainsi que pour les précieux enseignements qu'il nous a partagés.

Je remercie également Sébastien Girolid et Fabrice Kwiatkowski pour leurs réponses avisées sur le sujet, quelque peu complexe, des statistiques.

Un grand merci à tous ceux qui m'ont permis d'élaborer ce travail via leurs partages d'expériences et leur passion pour ces deux magnifiques métiers : Denis, Nicolas, André, Marie-Aurore, Rodolphe, Olivier, Alain, Thierry, Philippe, Marion et Muriel.

Sans oublier les nombreuses personnes qui ont pris le temps de découvrir le projet et d'y répondre en ligne.

Robert Lever, ostéopathe anglais dans les années 70-80, a dit :

« On pourrait dire que l'ostéopathie n'existe que lorsqu'elle est 'pratiquée'. Tant qu'elle ne s'enracine pas dans notre humanité ou dans l'humanité de ses interprètes, elle demeure une abstraction. »

Et Pierre Tricot, le cite en y ajoutant :

« Cela veut dire que l'on n'est pas du jour au lendemain ostéopathe. On accède progressivement à cet état d'être, en fonction de notre maturation personnelle, de nos recherches, de nos découvertes, de nos expérimentations.

C'est le travail d'une vie. »

Liste des abréviations utilisées

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MKO : Masseur-Kinésithérapeute-Ostéopathe

BDK : Bilan diagnostic Masso-Kinésithérapique

PASS : Parcours Accès Spécifique Santé

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

D.E : Diplôme d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

PEC : Prise En Charge

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

ECG : Electrocardiogramme

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

HN : Hors Nomenclature

BSO : British School of Osteopathy

ULB : Université Libre de Bruxelles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

GOsC : General Osteopathic Council

NHS : National Health Service

HVBA : Haute Vitesse Basse Amplitude

HdV : Hygiène de Vie

D.O : Diplôme d'Ostéopathie

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé

ADELI : Automatisation DES Listes

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

AMKO : Association des Masseurs-Kinésithérapeutes Ostéopathes

EBP : Evidence Based Practice

EBM : Evidence Based Medicine

ROF : Registre des Ostéopathes de France

UNASA : Union Nationale des ASsociations Agréées

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Chronologie de l'ostéopathie en France

Figure 2 : Types de méthodes d'analyses retenues

Figure 3 : Chronologie complète de la réalisation des entretiens semi-dirigés

Figure 4 : Codage textuel des entretiens (Delafontaine, 2019)

Figure 5 : Nuage de mots des récurrences majoritaires

Figure 6 : Diagramme à bâtons de l'analyse des occurrences

Figure 7 : Diagramme de répartition des répondants en fonction de leurs pratiques

Figure 8 : Diagramme à bâtons représentant la répartition des MKO en fonction de la durée avant abandon de la kinésithérapie

Figure 9 : Histogramme du ratio entre le pourcentage de séances d'ostéopathie sur l'ensemble des soins réalisés chez les MKO mixtes

Figure 10 : Diagramme de réponses obtenues à la question : « Je pratique des séances d'ostéo facturées sur des séances de kiné ? »

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des types de PEC du MK

Tableau 2 : Tableau des éléments constitutifs des professions de MK et ostéopathe (inspiré du livre « Kiné ou ostéo, qui consulter ? » de V. Arin Stocchetti)

Tableau 3 : Tableau présentant l'ensemble des répondants aux interviews

Tableau 4 : Thèmes principaux des réponses aux entretiens

Tableau 5 : Tableau récapitulatif de la population de MKO ayant répondu au questionnaire Google Forms (n = 276)

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. CONTEXTE.....	2
1.2. LA MASSO-KINESITHERAPIE	2
1.2.1. Mise en place historique	2
1.2.2. Accès à la formation.....	3
1.2.3. Secteurs d'activités.....	3
1.2.4. Moyens thérapeutiques à disposition	5
1.2.5. Organisation des soins et rémunération	5
1.3. L'OSTEOPATHIE	6
1.3.1. Mise en place historique	6
1.3.2. Accès à la formation.....	7
1.3.3. Secteurs d'activités.....	8
1.3.4. Techniques pratiquées.....	8
1.3.5. Rémunération	9
1.4. LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE – OSTEOPATHE : LA DOUBLE IDENTITE.....	11
1.5. PROBLEMATIQUE.....	13
2. METHODOLOGIE	13
2.1. CHOIX METHODOLOGIQUE.....	13
2.1.1. Entretiens semi-dirigés.....	14
2.1.2. Questionnaires Google Forms	16
2.2. POPULATION ETUDIEE	16
2.2.1. Entretiens semi-dirigés.....	16
2.2.2. Questionnaires Google Forms	17
2.3. MATERIEL	18
2.4. ELABORATION DES ENTRETIENS	19
2.5. DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES	19
3. RESULTATS	20
3.1. ANALYSE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	20
3.1.1. Vision holistique de la PEC	22
3.1.2. Type d'activité mise en œuvre	22
3.1.3. Revenus.....	23
3.1.4. Démarche scientifique.....	24
3.1.5. Concurrence.....	25
3.1.6. Bien-être du thérapeute.....	25
3.1.7. Connaissance initiale de la pratique.....	26
3.2. ANALYSE DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES GOOGLE FORMS	27
3.2.1. Type de pratique.....	28

3.2.2.	<i>Pratique masso-kinésithérapique avant le passage vers l'ostéopathie.....</i>	29
3.2.3.	<i>Proportion de l'ostéopathie dans une activité de MKO mixte</i>	30
3.2.4.	<i>Ostéopathie sur séances de rééducation</i>	31
4.	DISCUSSION	32
4.1.	LE RECENSEMENT.....	32
4.2.	REVUE DE LA LITTERATURE	32
4.3.	ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	33
4.4.	QUESTIONNAIRES	34
4.4.1.	<i>Type de pratique.....</i>	34
4.4.2.	<i>Ostéopathie exclusive.....</i>	35
4.4.3.	<i>Ostéopathie « sur ordonnance »</i>	35
4.5.	LIMITES DE L'ETUDE	35
4.5.1.	<i>Limites méthodologiques.....</i>	35
4.5.2.	<i>Limites structurelles.....</i>	36
4.5.3.	<i>Limites temporelles</i>	36
4.6.	REFLEXIONS ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION	37
	CONCLUSION.....	38
	BIBLIOGRAPHIE	39
	ANNEXES.....	42

1. INTRODUCTION

La formation en ostéopathie attire un grand nombre de professionnels de santé.

On y trouve des docteurs en médecine, des ergothérapeutes, des sages-femmes, des pédicures-podologues et des infirmier.ère.s, mais les masseurs-kinésithérapeutes (MK) représentent la proportion la plus importante des candidats futurs ostéopathes (Dr Gady-Cherrier & Zantman, 2022).

A ce jour, un peu moins de 30% de l'effectif total des ostéopathes en France est représenté par des Masseurs-Kinésithérapeutes-Ostéopathes (MKO) (Registre des Ostéopathes de France, 2022b). Le chemin que j'ai choisi d'entreprendre aujourd'hui.

Au sein des kinésithérapeutes diplômés en ostéopathie, les devenirs semblent avoir pris des orientations différentes : certains se déclarent ostéopathes, lestés de leur pratique de kinésithérapeute, quand d'autres s'affichent kinésithérapeute-ostéopathes, mobilisant leur double compétence.

Ce travail sociologique se penche sur cet aspect de la pratique ostéopathique. Il a pour ambition de répondre à deux grandes questions :

1. Qu'est-ce qui incite un MK à entreprendre des études d'ostéopathie alors qu'il.elle est détenteur.rice d'un diplôme d'état ?
2. Comment les praticiens insèrent-ils leur savoir-faire ostéopathique dans leur pratique quotidienne :
 - a) Ont-ils abandonné la Masso-kinésithérapie pour une pratique exclusive de l'art ostéopathique, sans prescription médicale ?
 - b) Exercent-ils les deux disciplines ? Si oui, quelles sont les proportions des pratiques dans leur activité quotidienne ?
 - c) Utilisent-ils les techniques ostéopathiques dans leurs séances de kinésithérapie prescrites par un médecin ?

Pour ce faire, deux types de supports ont été utilisés. Dans un premier temps, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en tête-à-tête avec des praticiens MKO. Dans un second temps, un questionnaire de pratiques professionnelles a été transmis au plus grand nombre de MKO accessible.

L'objectif est de quantifier la proportion des MKO ayant une pratique ostéopathique à temps plein, ainsi que celle des MKO conservant une double activité. Ceci, tout en cherchant à comprendre plus précisément la ou les raisons de leur choix.

1.1. Contexte

..... « Mal de dos : qui consulter ? »

En parallèle du réseau médical (médecin, rhumatologue et chirurgien) foisonnent de nombreux intervenants que le patient pourrait consulter : acupuncteur, étiopathe, fasciathérapeute, naturopathe, masseur-kinésithérapeute, microkinésithérapeute, ostéopathe, chiropracteur ou encore praticien reiki sont autant de terminologies devenues courantes (Pinsault & Monvoisin, 2014).

Parmi ces praticiens, la grande majorité des patients se tournent en premier lieu vers le MK ou l'ostéopathe. Au milieu des approches manuelles, ces deux professions occupent actuellement l'essentiel du terrain thérapeutique. On compte 109 000 MK et 39 500 ostéopathes en France¹ (Florkow et al., 2023; Quesnot, 2024) (*Annexes I et II*).

Avant d'aller plus loin, présentons ces deux professions avec leurs différences, leurs éventuelles similitudes et leurs spécificités.

1.2. La Masso-Kinésithérapie

1.2.1. Mise en place historique

Le système français présente la particularité de se retrouver, de tout temps, autocentré sur la profession de médecin. Le droit thérapeutique d'intervention sur le corps d'autrui leur est réservé depuis la fin du XIX^{ème} siècle. Ce monopole autour de « l'art de guérir » sera bousculé par la nécessité d'engager des officiers de santé lors des deux guerres mondiales.

C'est dans ce contexte que seront « (...) créés les professions diplômées d'état d'infirmier, de pédicure-podologue et de masseur-kinésithérapeute. » (Brin, 2021).

Dès lors, le MK intervient sur prescription médicale ou ordonnance, réalisée par un médecin généraliste ou spécialiste. Ce dernier juge seul de l'opportunité ou non d'un traitement dont il précisera les actes. Depuis l'année 2000 et la loi Jospin, le MK est à même de réaliser un bilan diagnostic Masso-Kinésithérapique (BDK)² (Brin, 2021; Remondière & Durafourg, 2019).

Il assure une nouvelle qualité de prise en charge avec davantage de libertés dans l'organisation et la réalisation des soins.

¹ A titre de comparaison, les chiropraticiens sont 1400 et les étiopathes 600.

² Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Il doit être transmis au médecin prescripteur (Décret n° 2000-577, 2000).

1.2.2. Accès à la formation

Un.e étudiant.e souhaitant accéder au titre de MK dispose de plusieurs options à ce jour en France : il.elle peut suivre une première année commune aux études de santé (Parcours Accès Spécifique Santé, PASS) ou réaliser une licence dans une autre discipline (sciences et STAPS notamment) et ce avec une option santé. A l'issue de ce parcours, en fonction de ses résultats et de son classement, il.elle pourra intégrer un Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK)³ dans lequel il.elle réalisera un cursus de quatre ans.

Le diplôme d'état (D.E) délivré correspond à un grade Master depuis Septembre 2015 (B.O Santé, 2015).

Actuellement, un grand nombre de diplômés qui s'inscrivent au tableau de l'ordre en France sont détenteurs d'un diplôme étranger pour lequel la durée des études est également de quatre années après un entretien d'entrée. Une procédure d'équivalence du diplôme auprès de l'une des Agence Régionale de Santé (ARS) leur permet ensuite d'exercer.

Cet ensemble de thérapeutes, une fois certifié.e.s, représente une part non négligeable du paysage professionnel français. En 2020, 24 000 MK (soit presque 26,1% de l'ensemble des inscrit.e.s) sont issus de cette filière. En 2024, ils sont 32 574 MK (soit plus de 30%)⁴. Parmi ces diplômés hors France, au 1er janvier 2024, 21 542 sont de nationalité française soit 66,1 % des diplômés hors France : « Ce constat questionne sur le maintien des quotas d'admission en IFMK. » (Quesnot, 2024).

1.2.3. Secteurs d'activités

Le champ d'intervention du MK est vaste : il s'étend de l'hôpital avec la prise en charge (PEC) post-opératoire à la réathlétisation du sportif en fin de PEC, en passant par les rééducations de multiples pathologies respiratoires, neurologiques ou encore cardiologiques (Actes professionnels du Masseur-kinésithérapeute, 2004).

³ A ce jour une quarantaine d'IFMK délivrent le D.E. Le nombre d'étudiants tend à augmenter chaque année : +6.4% en un an ce qui le porte à 3036 étudiants MK en 2023 (Quesnot, 2024).

⁴ Cette proportion augmente d'année en année. La proportion la plus importante étant des diplômés en provenance d'écoles Belges et Espagnoles. (Quesnot, 2024)

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des types de PEC du MK

1) Rééducation systémique ou d'un appareil	<ul style="list-style-type: none"> - Orthopédique - Neurologique - Respiratoire - Cardio-vasculaire - Troubles trophiques et lymphatiques
2) Rééducation dans le cadre de séquelles	<ul style="list-style-type: none"> - Amputation (appareillée ou non) - Abdominale (y compris post-partum) - Périnéo-sphinctérienne - Brûlures - Cicatricielle
3) Rééducation d'une fonction particulière	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilité faciale et mastication - Déglutition - Troubles de l'équilibre

Le MK dispose également de nombreuses possibilités d'exercices au sein de structures variées.

Tout d'abord, le praticien peut s'orienter vers un exercice salarié où les lieux les plus courants sont : les structures hospitalières, les centres de rééducation, les cliniques, les clubs sportifs ou encore les maisons de retraite. Ces dernières peuvent également constituer un lieu d'intervention pour le praticien exerçant en libéral.

Ce choix d'activité libérale est le plus répandu en France avec un peu moins de 90 000 MK (correspondant à 85% des praticiens) (*Annexe I*) notamment dans des cabinets de ville⁵ (Ordre MK, 2015; Quesnot, 2024).

L'universitarisation de la profession a aussi ouvert la voie à une carrière académique plus accessible notamment grâce à la création de « la filière des sciences de la rééducation et de la réadaptation (...) au sein du conseil national des universités » (Ordre MK, 2015).

⁵ Il existe depuis peu un nouveau mode d'activité recensée : le salariat au sein d'un cabinet libéral. Encore très minoritaire avec, au 1^{er} Janvier 2024, seulement 328 salariés de ce type soit l'équivalent de 2,1% de l'ensemble des quasi 16 000 MK salariés français (Quesnot, 2024).

1.2.4. Moyens thérapeutiques à disposition

Le MK dispose d'un large éventail de moyens de rééducation. L'ensemble s'articule autour des massages thérapeutiques, des mobilisations articulaires, des mobilisations manuelles (à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux), des étirements, de la mécanothérapie, de la balnéothérapie, de l'électro-physiothérapie, de la cryothérapie et de la pressothérapie. Il peut aussi réaliser des contentions souples (adhésives ou non), des appareils de postures, utiliser des ondes mécaniques ou électromagnétiques. La PEC intègre même des actes plus spécifiques : dans le cadre des rééducations cardio-vasculaires ou respiratoires, le MK peut réaliser un électrocardiogramme (ECG), prendre une tension artérielle ou encore mesurer un débit respiratoire maximum (Actes professionnels du Masseur-kinésithérapeute, 2004).

1.2.5. Organisation des soins et rémunération

Lorsqu'un patient présente une symptomatologie qui nécessite une consultation, le parcours de soin le plus classique est celui de la consultation avec un médecin en première intention. Ce dernier réalise le diagnostic avec notamment la recherche de drapeaux rouges médicaux. Suite à cette consultation, il élabore un plan de traitement qui peut passer par une médication, des examens complémentaires éventuels, et si besoin, des séances de rééducation.

Pour chacun de ces actes, il réalise une ordonnance. Le MK prendra en charge le patient sous la couverture de celle-ci ; et c'est également en fonction de son intitulé que la cotation de PEC sera définie.

La sécurité sociale a établi une Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) au sein de laquelle la grande majorité des actes de rééducation sont référencés et associés à un certain montant de rémunération⁶. Les cotations les plus fréquemment utilisées sont de 16,55€ et de 20,97€ pour une séance d'une demi-heure par patient.

Si l'acte réalisé ne correspond pas à un soin défini, le patient se retrouve dans le cas d'un acte dit « hors nomenclature » (HN). Il peut, s'il le souhaite, se présenter en première intention au thérapeute dans le but d'effectuer un acte HN. Ce dernier ne présentera pas la couverture de remboursement classique⁷.

⁶ La NGAP a évolué en Février 2024 suite aux demandes répétées des MK qui n'avaient pas eu de revalorisation depuis une vingtaine d'années malgré l'inflation grandissante. Dans le même temps, le nombre de cotations a grandement augmenté afin de diversifier et de spécifier les actes réalisés.

⁷ A hauteur de 60% pour la part Sécurité Sociale (avec une franchise de 1€) et dans la grande majorité des cas les 40% restants sont couverts par la mutuelle/complémentaire du/de la patient.e.

La tendance actuelle dans la profession de MK est d'envisager les PEC en première intention. Pour leur mise en place, deux actes sont à l'essai depuis un an : la lombalgie commune et l'entorse de cheville (Kechichian et al., 2023).

1.3. L'Ostéopathie

1.3.1. Mise en place historique

L'ostéopathie est née en 1874 avec Andrew Taylor Still. Magnétiseur, rebouteux et fils de médecin, en 1865 il perd trois de ses enfants d'une épidémie de méningite cérébro-spinale. Face à l'incapacité pour la médecine classique de cette époque de sauver ses enfants, il imagine un concept basé sur son expertise dans le reboutement (Tricot, 2003; Trudelle, 2010). Même s'il se consacre à la présenter dès lors comme une science, l'ostéopathie nouvellement créée se retrouve hors du cadre connu et peut être qualifiée de pratique ésotérique⁸.

Il faudra attendre des années pour que son succès prenne forme. A son décès en 1917, l'ostéopathie reste éloignée du modèle médical et est décrite comme « médecine ostéopathique » pratiquée par quelques 3000 docteurs en ostéopathie (Trudelle, 2010).

C'est à cette période que J.M. Littlejohn, un des élèves de Still, exporte le concept vers l'Europe en créant une première école à Londres (la British School of Osteopathy, BSO).

Les techniques y sont enseignées à des médecins et des physiothérapeutes. En 1932, Robert Lavezzari, médecin français ayant suivi un cursus auprès d'un des élèves de Still, développe l'enseignement de l'ostéopathie en France.

Depuis, l'évolution de la profession et son apprentissage ont été importants, mais sont toujours restés hors du cadre médico-universitaire (à l'inverse des États-Unis et de l'Angleterre). Actuellement, la Belgique et la Finlande sont les seuls pays de l'Union Européenne à proposer une formation d'ostéopathie à l'université (ULB pour la Belgique et Metropolia pour la Finlande) (Université Libre de Bruxelles, 2024; Wagner et al., 2023).

La situation de la France est marquante dans le paysage ostéopathique mondial avec un dynamisme démographique et une densité professionnelle sans commune mesure (environ 40000 ostéopathes recensés). Cela la place au second rang derrière les États-Unis et leurs 110 700 praticiens. Mais, la pratique y est différente : tous les ostéopathes sont médecins⁹.

⁸ Partie de certaines philosophies dont la pratique devait rester inconnue des profanes.

⁹ Aux États-Unis, les Ostéopathes suivent d'abord un cursus universitaire de médecine générale avant de se spécialiser comme Doctor of Osteopathy durant deux années supplémentaires. Il semblerait qu'une affinité particulière pour les techniques structurelles s'y soit développée (Dr Gady-Cherrier & Zantman, 2022).

1.3.2. Accès à la formation

L'apprentissage de l'art ostéopathe a énormément évolué au fil des années sur le territoire français. Il a d'abord été considéré comme exercice illégal de la médecine. Alors même qu'il était appris et pratiqué par des médecins ou des masseurs-kinésithérapeutes convaincus de ses bienfaits auprès des patients et prêts à défendre leurs pratiques face à la justice.

L'OMS a reconnu l'ostéopathie en 2000 et ce n'est qu'à partir du 4 Mars 2002 avec la loi Kouchner que la reconnaissance législative de la profession se fait. Il faudra attendre Mars 2007 pour que les décrets soient réellement publiés.

Enfin, c'est en Septembre puis Décembre 2014 que le référentiel d'activités, de compétences et de formation est publié à son tour (Wagner et al., 2023). La chronologie suivante permet de synthétiser ces dates marquantes de l'histoire ostéopathique française (Fig. 1)

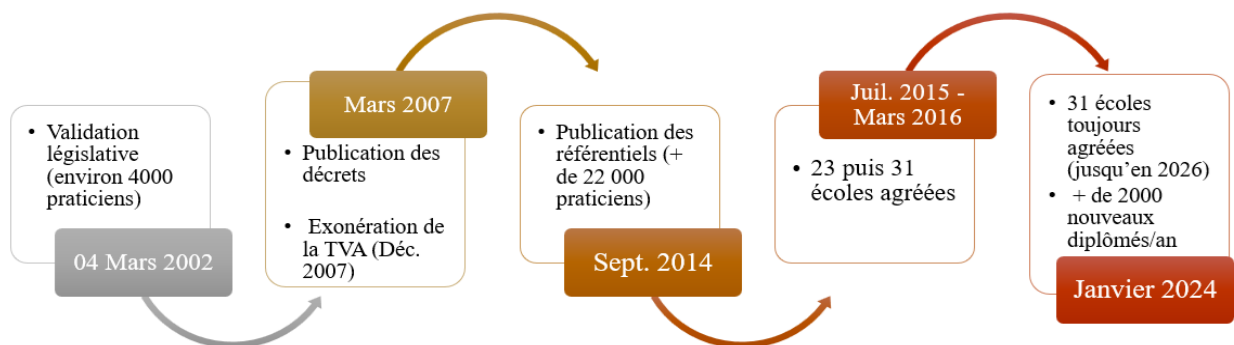


Figure 1 : Chronologie de l'ostéopathie en France

A ce jour, les études pour accéder au diplôme d'ostéopathe s'effectuent dans des écoles privées réparties sur l'ensemble du territoire. Elles sont au nombre de trente et une (Registre des Ostéopathes de France, 2022a). Pour la majorité d'entre elles, la sélection se fait sur dossier ou sur entretien pour des étudiants bacheliers. Une proportion minoritaire d'écoles dispense un apprentissage aux professionnels détenteurs d'un diplôme d'état : les MK, les sage-femmes, les pédicures-podologues, les infirmier.ères, les manipulateurs-radios, et les ergothérapeutes peuvent être doublement diplômés à l'issue de la formation.

Au Royaume-Uni, la reconnaissance et la réglementation sont plus avancées avec un ordre professionnel : le General Osteopathic Council (GOsC) auquel l'ensemble des 5300 praticiens

Dans les faits, peu de médecins américains utilisent la pratique telle qu'elle est enseignée en Europe à ce jour. L'approche des chiropracteurs semblerait être plus proche du modèle ostéopathique d'origine.

doit être inscrit. Ils ont aussi l'avantage de pouvoir intervenir de manière plus aisée dans le système de santé classique, le National Health Service (NHS) (L'ostéopathie dans le monde - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie, s. d.).

1.3.3. Secteurs d'activités

En France, la particularité de la reconnaissance ostéopathique tient au fait que son statut de titre professionnel protégé n'est pas un diplôme d'état. Cet aspect empêche les praticiens d'être intégrés au sein des professions paramédicales. Ils ne sont pas « professionnels de santé » mais « professionnels de LA santé »¹⁰. Cette distinction peut paraître négligeable, mais elle représente en réalité une grande différence dans l'intégration au sein du paysage professionnel des soins. La profession d'ostéopathe est considérée comme une activité dite de « bien-être » (Dr Gady-Cherrier & Zantman, 2022). Sa complexe et laborieuse place dans les structures hospitalières est grandement liée à ce statut particulier.

Dans l'écrasante majorité des cas, un.e ostéopathe français.e intervient au sein d'un cabinet libéral. A titre d'exemple plus de 99% des 1461 répondants de l'étude de A. Wagner (Wagner et al., 2023) présentent ce statut professionnel.

Néanmoins, dans des proportions nettement plus mesurées, mais en augmentation progressive, il est possible de retrouver des praticiens dans différents services hospitaliers : en pédiatrie, en néonatalogie, au sein de centres de la douleur ou encore dans des clubs sportifs aux côtés de l'équipe médicale habituelle (médecin et MK).

Dans l'ensemble de ces secteurs, un ostéopathe peut envisager un poste salarié. Même si, à ce jour, ce sont encore majoritairement des prestations ponctuelles en tant que libéral qui y sont effectuées.

1.3.4. Techniques pratiquées

Une des premières compétences indispensables que doit posséder un ostéopathe est la capacité à établir un diagnostic d'opportunité de qualité. En tant que thérapeute de première intention, il.elle doit avoir une connaissance poussée de la sémiologie médicale ainsi que de tous les tests en lien avec d'éventuels drapeaux rouges.

¹⁰ Tout comme les chiropracteurs qui ont bénéficié du même statut lors de la mise en place des décrets (Dr Gady-Cherrier & Zantman, 2022).

Viennent ensuite les approches thérapeutiques à proprement parler. Elles peuvent être classées en quatre grandes catégories (sans notion de hiérarchie) :

- 1) Structurelle (ou articulaire) basée sur les mobilisations/manipulations articulaires. Cela englobe les techniques de mobilisations rythmées et de manipulations ciblées. Lorsque l'une de celles-ci s'effectue avec vitesse alors c'est un « thrust » ou technique dite de « Haute Vitesse Basse Amplitude » (HVBA).
- 2) Viscérale, ou fonctionnelle, où l'objectif thérapeutique se porte sur le tissu myofascial. Celle-ci regroupe un ensemble de mobilisations manuelles multiples avec variations de pressions, d'intentions et de directions d'actions.
- 3) Prise en charge crânienne ou crânio-sacrée, où les notions de densité, de micro-mobilités et de lien entre la partie haute (le crâne) et basse (le bassin) sont au centre des pratiques.
- 4) Somato-émotionnelle, où le lien entre les symptômes physiques du/de la patient.e peuvent être associés à des blocages d'ordre émotionnels.

Une fois le déroulé de la séance effectué, les conseils et la suite de la PEC font également partie intégrante du traitement ostéopathique.

La prise en charge de la personne dans sa globalité est réellement le marqueur fort de l'ensemble de la pratique ostéopathique.

1.3.5. Rémunération

L'ostéopathe ne dépend pas de la Sécurité Sociale. Il bénéficie d'une liberté de tarification des soins réalisés. Globalement, les prix observés en France varient entre 50 et 150€ pour des séances de trente minutes à une heure.

Une majorité des mutuelles complémentaires prennent en charge tout ou partie du montant réglé par le/la patient.e. Le format de remboursement le plus couramment observé est : un forfait alloué autour de trois séances/an, ou une enveloppe financière comprise entre 150€ et 200€/an pour des soins dans le cadre des médecines complémentaires.

Un tableau (*Tab. 2*) récapitulatif des éléments constituant les deux professions est présenté ci-après. Il est inspiré d'un modèle que l'on peut retrouver dans le livre « Kiné ou ostéo, qui consulter ? » de V. Arin Stocchetti (Arin Stocchetti, 2012).

*Tableau 2 : Tableau des éléments constitutifs des professions de MK et ostéopathe
(inspiré du livre « Kiné ou ostéo, qui consulter ? » de V. Arin Stocchetti)*

	KINE	OSTEO
Origine	Besoins de soins après-guerre Positionnement au sein du monde médical officiel	Concepts définis par la vision d'un homme Non-inclus dans le monde médical
Type de PEC	Sur prescription médicale <i>(Première intention en phase test)</i>	Première intention
Diplôme	Diplôme d'état (D.E)	Titre protégé : Diplôme d'école d'ostéopathie (D.O)
Corps (Un corps en mouvement pour les deux professions)	Unités anatomiques et physiologiques dissociées Ensemble de régions anatomiques indépendantes entre elles	Un tout indissociable
Temps de consultation	15 à 30 min avec le patient	Entre 30 min et 1h (45 min en moyenne)
Intégration de la dimension émotionnelle	Séparée du corps	Lien entre stress émotionnel et tension musculo-ligamentaire +/- viscérale
Organisation des études	4 années après concours sélectif Nombreux stages hospitaliers et libéraux pendant le cursus => familiarisation avec le milieu médical et amélioration de la relation au patient	5 années post-bac sans réelle sélection Peu de stages cliniques durant le cursus
Plan de traitement	En moyenne entre 10 et 20 séances / traitement Prix moyen = 17-18€ Base de remboursement par l'Assurance Maladie et mutuelle en complément	1 à 3 séances / an Prix moyen = 50 à 150€ Remboursement par la mutuelle complémentaire (fonction du contrat)
Diagnostic	Diagnostic biomécanique plutôt local	Drapeaux rouges / Diagnostic d'opportunité Examen général ostéo

Boîte à outils	<ul style="list-style-type: none"> - Massage - Physiothérapie - Kinésithérapie passive : étirements et assouplissements - Kinésithérapie active : musculation et exercices actifs - Rééducation proprioceptive et posturale - Conseils d'HdV et ergonomie <p>⇒ De plus en plus d'appareillage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manipulations vertébrales - Techniques indirectes : Respiratoires / M.E.T / Recoil - Techniques fasciales - Fonctionnelles : exagération fonctionnelle et densité tissulaire - PEC somato-émotionnelle <p>⇒ Seul vrai outil : la main</p>
Prescription possible	<ul style="list-style-type: none"> - Contentions - Aide de marche - Petits appareillages (TENS, Uro, Respi) 	Impossible
Orientation du traitement	Localisé Plutôt centré sur l'amélioration du marqueur douleur	Global Réflexion sur la.les cause.s de cette douleur ou du mal-être décrit
Aspect scientifique	<p>Nombre de publications en constante évolution</p> <p>Vision scientifique majoritairement valorisée</p>	<p>Les publications se démocratisent mais difficulté à rendre les pratiques scientifiques</p> <p>Opposition de deux courants : traditionnalistes VS EBP</p>

1.4. Le Masseuse-Kinésithérapeute – Ostéopathe : la double identité

Une proportion significative de kinésithérapeutes en activité choisit de suivre une formation complémentaire en ostéopathie.

Cependant, il n'existe pas de statistique officielle précise sur le nombre de kinésithérapeutes en formation d'ostéopathie chaque année. Cela dépend des cursus proposés par les écoles et de l'intérêt des professionnels pour cette pratique.

Néanmoins, en associant les deux types d'informations que sont les écoles agréées avec une filière de formation pour professionnels de santé et l'évolution démographique des MKO, on peut avancer une estimation globale de MK engagés dans une formation en ostéopathie chaque année. Ce nombre se situerait autour des 1000 étudiants MK au total soit entre 200 et 300 diplômés MKO par an (*Annexe III*).

Le MK, nouvellement certifié ostéopathe, se retrouve alors tiraillé entre deux postures. D'un côté, un rôle de professionnel de santé régi par un cadre ordinal ainsi qu'un code de déontologie. Et, de l'autre, une profession qui est restée longtemps dans un flou législatif au sein duquel des procès d'exercice illégal de la médecine ont été intentés à l'encontre de certains thérapeutes¹¹.

Il semble qu'à ce jour en France, la proportion de MKO corresponde environ à 30% de l'ensemble des praticiens soit 11 000 MKO (Registre des Ostéopathes de France, 2022b).

Il est certain que la frontière entre « l'ostéopathe [remédie] à des troubles fonctionnels du corps humain » et « [le MK se préoccupe du diagnostic et du traitement] des altérations des capacités fonctionnelles » est très fine... (Darbois, 2018)

Cela explique la confusion qui persiste au sein de la population générale qui se pose légitimement la question : quelle est la différence entre un kinésithérapeute et un ostéopathe ? Souvent la première à surgir lorsqu'une personne découvre la double identité du praticien¹².

Au regard aiguisé de Darbois et al. (Darbois, 2018), les « centaures kinésithérapeutes-ostéopathes » soulèvent des problématiques paradoxales où l'utilisation du statut d'ostéopathe ne serait utilisé que dans un but lucratif ; celui-ci à l'origine d'une privatisation discrète du parcours de soin annexe à l'assurance maladie.

Ceci était déjà le cas avant les années 2010 : « On entend surtout dire que la création de cette profession à part n'est pas justifiée, dans la mesure où l'ostéopathie serait non pas une profession mais simplement une technique manuelle. En ce sens elle devrait être enseignée à l'école et pratiquée par les kinésithérapeutes. Pour ceux qui le souhaitent. » (Matharan et al., 2009).

¹¹ Tel que présenté dans Kinésithérapie la Revue : « Si la mythologie gréco-romaine abonde d'êtres fantastiques, notre système de santé possède lui aussi ses centaures. Tel Chiron et le Minotaure, un type de professionnel de santé possède un statut hybride : le kinésithérapeute ostéopathe. » (Darbois, 2018). Cela est un exemple de la posture particulière que peut se retrouver à avoir le professionnel en possession des deux diplômes.

¹² Pour E. Brin, « les pouvoirs publics ont attribué à l'Ostéopathe un domaine de compétences similaire à celui du masseur-kinésithérapeute et l'ont habilité à pratiquer des actes fortement comparables, voire même pour certains identiques. » allant grandement dans le sens de renforcer cette confusion inter professionnels (Brin, 2021).

1.5. Problématique

Le chemin emprunté chaque année par certains MK qui reprennent un cursus en ostéopathie peut susciter des interrogations dans un paysage de soins en constante évolution.

Au vu des connaissances disponibles dans la littérature actuelle, les réponses ne permettent pas réellement de saisir les motivations, les modalités et surtout la pratique qui peut en découler une fois le diplôme d'ostéopathie (D.O) obtenu.

D'après le rapport de l'IGAS (Dr Gady-Cherrier & Zantman, 2022) : « Le conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes (CNOMK) ne dispose pas de données concernant les professionnels exerçant l'ostéopathie. Par ailleurs, la mission n'a pu identifier de données concernant la part de l'activité des professionnels de santé consacrée à l'exercice de l'ostéopathie, données devant nécessairement être prises en compte pour estimer l'offre ostéopathique disponible ».

L'ensemble de ces éléments conduit aux questionnements suivants : « Quelles sont les motivations d'un masseur-kinésithérapeute à s'orienter vers l'ostéopathie ? Et quelle est la pratique professionnelle d'un masseur-kinésithérapeute – ostéopathe en France en 2024 ? »

2. METHODOLOGIE

2.1. Choix méthodologique

Comme décrit précédemment, cette étude s'organise autour d'une approche sociologique. Au regard de la problématique, l'option retenue a été de réaliser une évaluation auprès de la population des « masseurs-kinésithérapeutes – ostéopathes (MKO) français » afin d'analyser leurs pratiques professionnelles (*Fig. 2*).

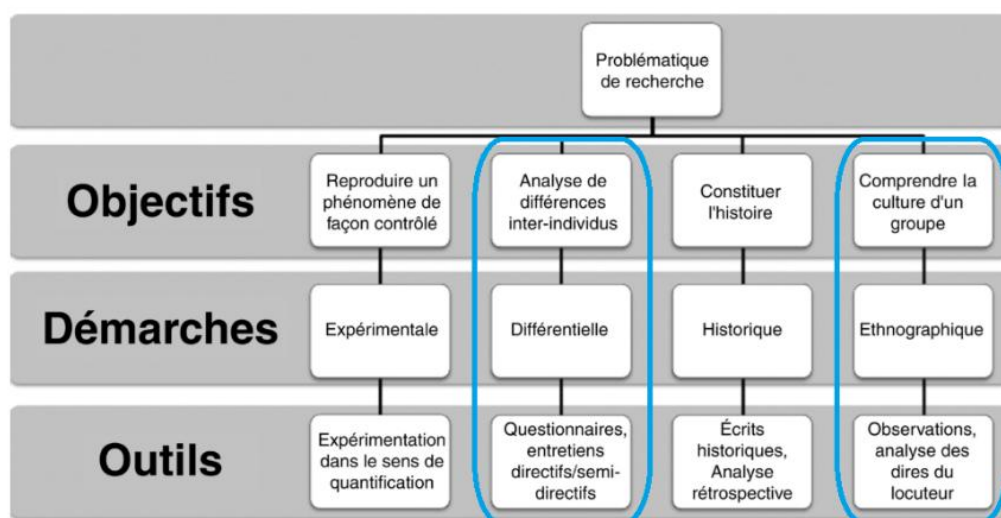


Figure 2 : Types de méthodes d'analyses retenues (Delafontaine, 2019)

Dans le but d'explorer les perceptions et pratiques des MKO en France, c'est une méthodologie en deux étapes qui a été mise en place.

En vue d'obtenir un maximum d'informations, deux moyens ont été utilisés. D'une part, les entretiens semi-dirigés, ayant pour avantage de laisser l'opportunité au sujet d'exprimer des idées plutôt librement ; et d'autre part, un questionnaire adressé à des MKO français avec des questions plus ciblées.

Dans un premier temps, les entretiens ont été réalisés auprès de onze MKO de 30 à 74 ans issus de différentes zones géographiques : le Nord, la région parisienne, la région PACA, la région Auvergne Rhône-Alpes ou encore la Belgique. Le choix s'est fait grâce à des connaissances personnelles, puis au gré des rencontres et des recommandations de certain.e.s praticien.ne.s.

Ces entretiens ont permis de recueillir des données qualitatives. Les résultats ont ensuite servi à élaborer un questionnaire structuré sur Google Forms. Ce dernier a été diffusé auprès de l'ensemble des MKO exerçant en France. Le but était de valider les tendances observées lors des interviews et d'étendre l'analyse à une population plus large.

Cette démarche combinée (exploration qualitative et quantification statistique) garantit une analyse riche et nuancée des pratiques et perceptions des MKO du territoire français.

2.1.1. Entretiens semi-dirigés

Les entretiens se sont déroulés sous la forme d'une discussion entre l'intervieweur et le professionnel en face à face, suivant une trame d'une vingtaine de questions (*Annexe IV*). Cette dernière a été envisagée, écrite puis améliorée entre Janvier 2023 et Juin 2023.

A partir de Juillet 2023, sa forme est définitive et le premier entretien a été réalisé le 17 Juillet 2023. Une chronologie récapitulative est présentée ci-dessous (*Fig. 3*).



Figure 3 : Chronologie complète de la réalisation des entretiens semi-dirigés

A la suite des entretiens, la mise en texte se déroule en trois phases préliminaires. La retranscription assistée par le site Amberscript©, les corrections manuelles de forme si nécessaire, et, la mise aux normes du codage textuel selon le mode présenté par Véronique Traverso (*Fig. 4*).

Codage textuel

Code	Signification du codage
(.)	Pause ou silence court
(2s)	Pause 2 secondes
↓	Intonation en baisse
(rires)	Indication de contexte
↑	Intonation haute
!	Exclamation
OUI MAJ	Accentuation de syllabe
::: Mais :::	Prolongation de syllabe
[...]	Chevauchement
=	Enchaînement direct

Source : Traverso V. *L'analyse des conversations*. 2^e éd. Paris : Armand Colin ; 2007.

Figure 4 : Codage textuel des entretiens (Delafontaine, 2019)

La phase finale, la plus intéressante, est l'analyse des retranscriptions verbatim des réponses obtenues. Elle est réalisée par l'étudiant dans le but d'identifier des thèmes récurrents, des divergences dans les opinions ou encore des termes et expressions significatifs chez chaque répondant (Delafontaine, 2019).

Dès lors que les recoupements sont faits, l'analyse s'effectue et permet d'obtenir des données chiffrées sur les idées en présence.

Deux entretiens « tests » ont été réalisés afin de se familiariser avec les questions, leur enchaînement, ainsi que les réactions que pouvaient engendrer la discussion. Leur rôle étant une mise en situation, ceux-ci n'ont été ni retranscrits ni analysés.

Réflexion personnelle et biais

Si l'entretien semi dirigé présente l'avantage de la libre expression de l'interviewé, les réponses finissent par se ressembler, se recouper, ce qui constitue une limite dans l'approche globale de la recherche. Cela peut notamment être dû à la sélection des répondants par le biais de la recherche d'alliés ou de contacts proches de l'intervieweur (Beaud & Weber, 2010).

Ce moyen d'opérer est particulièrement chronophage et manque de cadre. C'est-à-dire qu'il ne permet pas d'avoir des informations suffisamment précises et nombreuses.

2.1.2. Questionnaires Google Forms

Notre sujet d'étude n'ayant pas ou peu fait l'objet de publications, sa pertinence nécessitait d'élargir notre questionnement à une population plus importante. Pour améliorer la portée de l'étude, le questionnaire s'est imposé à nous (Delafontaine, 2019; Beaud & Weber, 2010).

Il a été envoyé à un maximum de praticiens via des moyens de communication en ligne : mail à toutes les écoles de formation pour les professionnels de santé, mail aux syndicats de masseurs-kinésithérapeutes et d'ostéopathes, publications dans des groupes Facebook, multiples partages via des personnalités d'influence sur Instagram ainsi que des publications sur un site d'enquêtes en ligne (SurveyCircle). Un modèle d'envoi est présenté en annexe (*Annexe V*).

Dans le but de rendre l'étude valide et publiable, nous pouvons envisager que c'est avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5% que les valeurs seront suffisantes. En appliquant ces pourcentages à l'ensemble de la population des MKO français, soit 11 000 personnes, nous obtenons une valeur minimum à atteindre de 372 réponses.

2.2. Population étudiée

2.2.1. Entretiens semi-dirigés

Les entretiens réalisés dans le cadre de l'étude reposent sur deux critères d'inclusion définis : être masseur-kinésithérapeute diplômé d'état (MKDE) et être détenteur du diplôme d'ostéopathie (D.O) acquis par la suite.

S'ajoutent à ceux-ci deux critères d'exclusion : travailler dans un autre pays que la France et être à la retraite à ce jour.

Bien que les profils aient été définis à l'avance, la population réellement étudiée pour les entretiens a évolué progressivement au fil des découvertes, des rencontres et des recherches.

Initialement les entretiens ont été réalisés auprès de onze praticiens. Mais nous n'en avons conservé que huit d'entre eux. En effet, deux praticiens exerçaient en Belgique et le troisième thérapeute était à la retraite depuis plus de six mois.

Toujours avec l'idée d'obtenir la somme d'informations la plus étendue possible, les répondants sont de profils bien différents : une moitié est MKO double identité (4) quand pour les 4 autres, la bascule s'est opérée vers l'ostéopathie exclusive. Les années de pratique diffèrent également aussi, allant de moins d'un an pour une thérapeute à plus de trente ans pour quatre d'entre eux (*Tab. 3*).

Tableau 3 : Tableau présentant l'ensemble des répondants aux interviews

	Genre	Âge	Type d'exercice	Année de diplôme
Rép. 1	M	48 ans	Associé cabinet Activité mixte : 40% Ostéo – 60% Kiné	Kiné : 1999 Ostéo : 2014
Rép. 2	F	76 ans	Associée cabinet Activité mixte : 75% Ostéo – 25% Kiné	Kiné : 1974 Ostéo : 2000
Rép. 3	M	74 ans	Cabinet individuel Ostéo 100%	Kiné : 1979 Ostéo : 1992
Rép. 4	M	38 ans	Associé cabinet de groupe Ostéo 100%	Kiné : 2008 Ostéo : 2014
Rép. 5	M	38 ans	Associé cabinet de groupe Ostéo 100%	Kiné : 2008 Ostéo : 2012
Rép. 6	M	68 ans	Cabinet individuel Ostéo 100%	Kiné : 1979 Ostéo : 1992
Rép. 7	F	61 ans	Cabinet de groupe Activité mixte : 20% Ostéo – 80% Kiné	Kiné : 1985 Ostéo : 1994
Rép. 8	F	31 ans	Cabinet de groupe Activité mixte : 10% Ostéo – 90% Kiné	Kiné : 2016 Ostéo : 2024

2.2.2. Questionnaires Google Forms

Le choix de la population s'est fait selon les mêmes critères : être au minimum MKO.

Comme décrit précédemment, pour obtenir une étude significative, le nombre de réponses doit être au minimum de 372. Afin de s'en rapprocher, le but a été de multiplier les canaux de transmission du questionnaire.

Cependant, au vu de la quantité d'envois, des recoupements et doublons de profils auprès des thérapeutes sollicités, il apparaît malheureusement impossible d'avancer un nombre de MKO informés avec précision.

De plus, dans cette même vision de grande échelle, il est impossible de vérifier l'identité réelle de chacun. Un mauvais profil (correspondant notamment à un critère d'exclusion) peut donc se retrouver répondant et inopinément être intégré à l'étude.

Finalement, après un nombre d'envois et de relances jugés optimum dans les conditions de l'étude, le nombre total de réponses aura été de 276. La cohorte, bien que non significative, permet d'observer une réelle tendance.

2.3. Matériel

Deux outils multimédias, à savoir un iPhone et un ordinateur portable MSI Modern 15, sont les premiers éléments matériels utilisés : ils ont permis les enregistrements audios via le dictaphone pour le premier, puis leur retranscription pour le second.

Celle-ci a d'abord été réalisée avec Word pour les deux premiers entretiens, puis s'est accompagnée de Amberscript® (site internet d'aide à la retranscription audio et vidéo) pour les suivants.

C'est aussi via la commande numérique qu'ont été créés et envoyés les questionnaires. A l'été 2024, cette création s'est effectuée sur Google Forms. Puis, par la suite, les envois via Gmail, sur Facebook dans différentes publications sur groupes, par messages privés sur Instagram ou encore vers des rubriques « contact » de différents sites comme l'Association des Masseurs-Kinésithérapeutes Ostéopathes (AMKO), Alizé (syndicat kiné) ou encore Ostéopathes.pro.

Pour la réalisation des entretiens, un support papier a été imprimé, mais seulement à visée de guide pour l'intervieweur (*Annexe IV*). Il a été demandé à chaque personne interrogée de remplir et de signer un formulaire de consentement éclairé (*Annexe VII*).

Les analyses statistiques sont réalisées sur Excel.

Concernant la bibliographie, les bases de données utilisées sont : Google Scholar, PubMed, ScienceDirect, Lissa, Pedro, Google.

La grande majorité des lectures est issue de livres achetés. Pour l'un d'entre eux, « Réussir la démarche de recherche universitaire en kinésithérapie et thérapie manuelle » de A. Delafontaine (Delafontaine, 2019), l'option Bookshelf a été utilisée : une application de liseuse en ligne permettant d'acheter et de télécharger les livres pour les lire hors-ligne.

2.4. Elaboration des entretiens

La mise en place de la trame des entretiens semi-dirigés a débuté en Avril 2023. Elle s'est inspirée d'interviews réalisées dans d'autres mémoires et de nombreux formats podcasts entre professionnels.

L'entretien a été conçu de façon à ce que les questions évoluent progressivement de la présentation générale du répondant jusqu'aux informations plus précises en lien avec les sujets recherchés dans l'étude. Avant de terminer par quelques questions d'ouverture globale. En ce sens, les questions 2, 4, 7, 8, 12 et 13 peuvent être considérées comme présentant un intérêt plus net quant au sujet développé dans ce travail.

Les sujets en question sont les suivants : le choix de la réorientation, les avantages et inconvénients ressentis dans chacune des deux professions (MK et D.O), le développement du courant scientifique (notamment EBP/EBM), l'intérêt de se faire traiter soi-même en tant que thérapeute, la considération de l'ostéopathie, et la notion de concurrence dans la pratique.

2.5. Diffusion des questionnaires

Les premiers envois ont été effectués à partir du 1^{er} Octobre 2024 via un mailing personnel auprès de chaque école d'ostéopathie formant des professionnels de santé. Sur les dix écoles destinataires du mail, seules deux ont fait un retour. Dans la même période, les envois se sont multipliés avec la publication sur des groupes Facebook : « le Blabla de l'ostéopathie » et « ostéo et bons plans » notamment¹³. Le canal d'Instagram a aussi fait partie de la diffusion : des MK, MKO ou ostéopathes ont relayé le lien auprès de leurs communautés respectives.

Le contact le plus accueillant et le plus fructueux s'est révélé être celui avec l'Association des Masseurs-Kinésithérapeutes Ostéopathes (AMKO), courant novembre : plus d'une centaine de réponses en moins de 24 heures. Les derniers envois ont eu lieu à la mi-décembre auprès des trois syndicats de MK.

La collecte des données s'est achevée le 30 janvier 2025 et l'analyse des résultats obtenus a débuté immédiatement après.

¹³ De nombreux groupes ou pages Facebook refusent catégoriquement la diffusion d'informations en lien avec les mémoires de fin d'études.

3. RESULTATS

3.1. Analyse des entretiens semi-dirigés

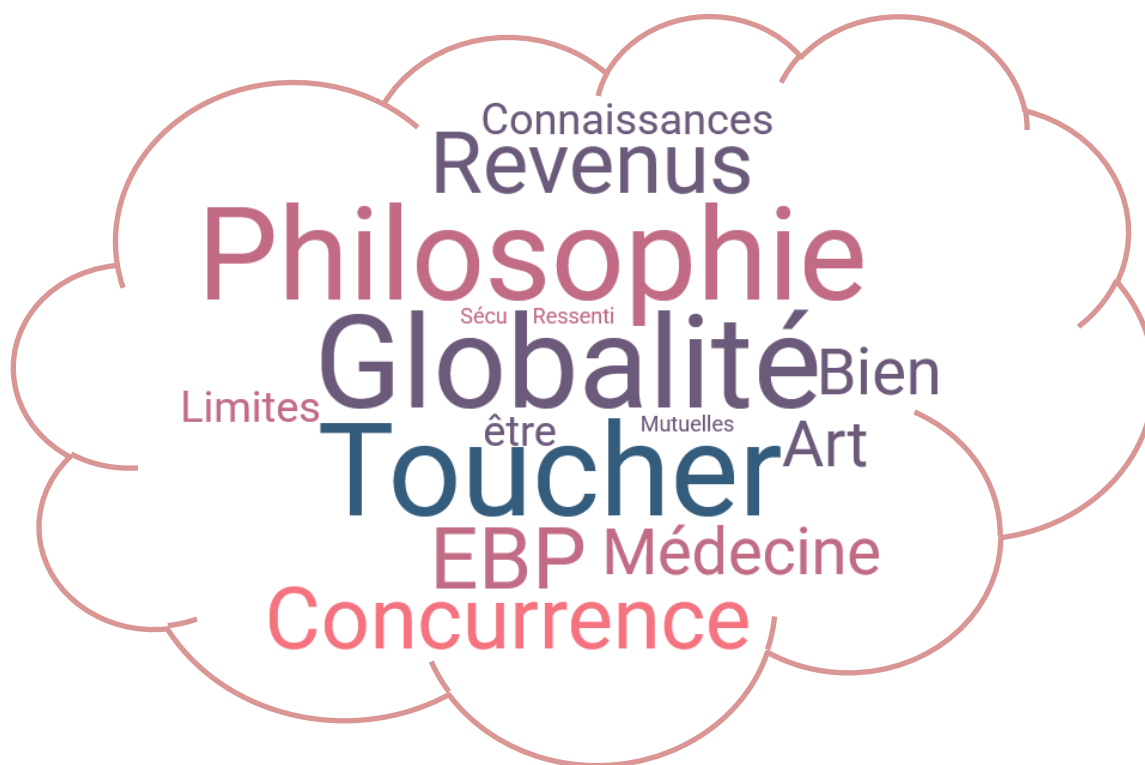


Figure 5 : Nuage de mots des récurrences majoritaires

La figure 5 permet d'obtenir une image globalement représentative des mots les plus fréquemment utilisés au cours des entretiens.

Afin de rendre ces données brutes qualitatives en une somme d'informations quantitatives, une analyse des occurrences des Verbatim a été réalisée.

Son interprétation s'est révélée complexe et a entraîné des difficultés de compréhension.

Son exploitation reste pourtant l'analyse la plus fidèle (Delafontaine, 2019). Cela est illustré par la figure 6 ci-après.

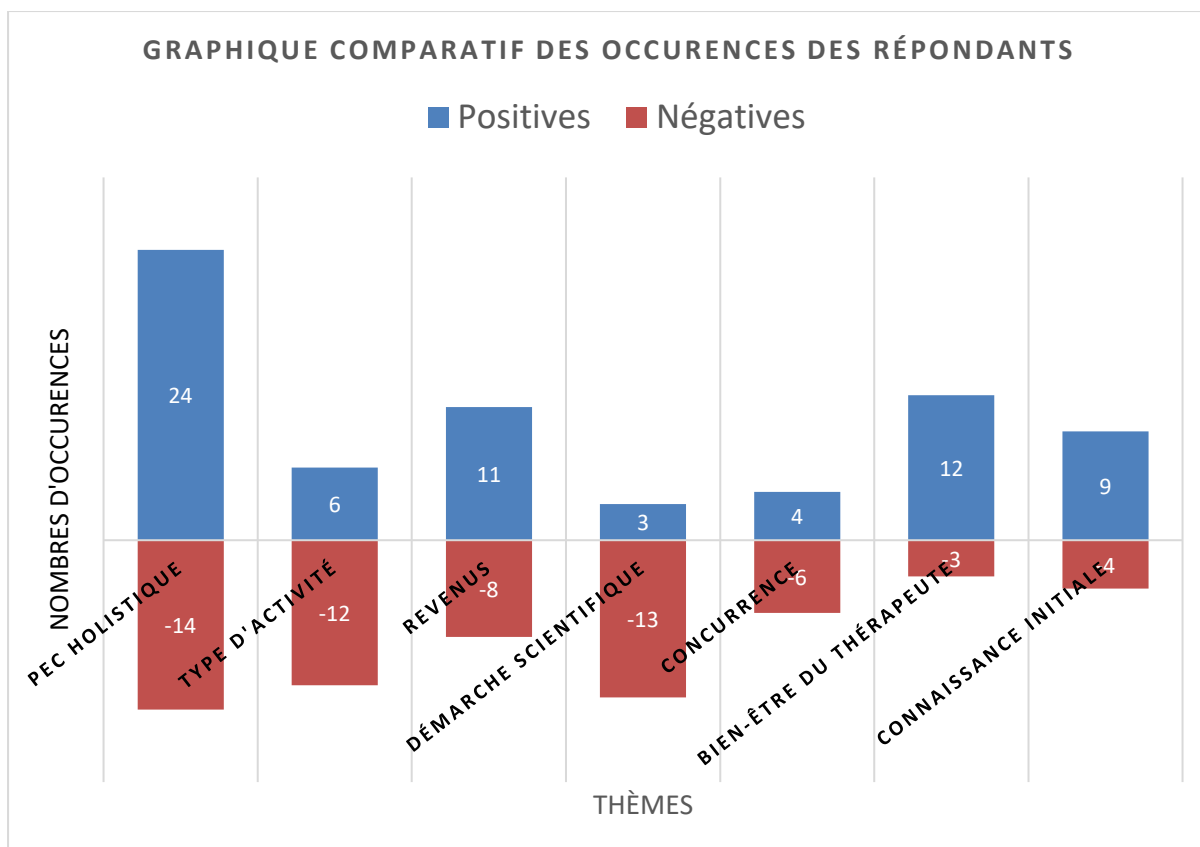


Figure 6 : Diagramme à bâtons de l'analyse des occurrences

A partir de ces éléments, nous retiendrons les sept différentes catégories de l'analyse (Tab. 4).

Tableau 4 : Thèmes principaux des réponses aux entretiens

I	Vision holistique de la PEC
II	Type d'activité mise en œuvre
III	Revenus
IV	Démarche scientifique
V	Concurrence
VI	Bien-être du thérapeute
VII	Connaissance initiale de la pratique

3.1.1. Vision holistique de la PEC

La catégorie la plus citée lors des entretiens est aussi celle évoquée le plus spontanément pour expliquer l'attrance vers la pratique de l'ostéopathie.

Cette recherche de vision plus globale du patient, de l'individu dans sa totalité, est rapportée par l'ensemble des répondants. La pratique actuelle de la kinésithérapie (notamment avec le courant « hands off ») peut aussi être à l'origine d'un attrait croissant vers des modèles de soins différents.

*Rép. 1 : « Après la philosophie de l'ostéo c'est d'être **holistique** (...) Donc, cet aspect de **prise en charge générale**, en gros de l'individu dans son ensemble, c'est un truc qui était parlant pour moi. Et voilà c'est ça le truc essentiel » (ligne 57)*

Rép. 3 : « Oui donc en rééducation sportive ou articulaire, ça marche très bien, la kiné (...) pour ce qui est douloureux, avec les projections viscérales et tout c'est pas suffisant... Voilà quoi » (ligne 103)

*Rép. 4 : « (...) parce qu'il m'a semblé rapidement que j'étais limité dans mon exercice, que j'avais envie de travailler essentiellement avec mes mains et que **le métier de kiné a quand même un petit peu évolué** aussi » (ligne 17)*

*Rép. 8 : « Et c'est vrai que c'est **la vision globale qui est très intéressante**. De toute façon, quand on voit ce qu'on apprend en anatomie, en ostéo et en kiné. C'est pas du tout la même chose, c'est sûr » (ligne 65)*

3.1.2. Type d'activité mise en œuvre

Les occurrences positives correspondent à la possibilité de développer et de travailler un maximum avec l'art ostéopathique.

A l'inverse, les occurrences négatives se rapprochent plutôt des difficultés à le mettre en place et/ou aux limites évoquées de cette pratique.

Comme par exemple le suivi des résultats des traitements qui s'avère être beaucoup moins aisé qu'en rééducation.

*Rép. 2 : « Maintenant, je vais dire : j'ai 70-75 % d'ostéo et le reste en kiné. Mais parce que là, je veux les garder aussi, **les kinés, les 25 % qui restent, je veux les garder** » (ligne 253)*

*Rép. 4 : « Je pense que la kiné **représente 40 % de mon activité**. Mais il n'y a rien qui me rend plus heureux que de recevoir mes patients en ostéo donc j'essaye d'augmenter son pourcentage. » (ligne 56)*

Rép. 7 : « *Parce que du coup, le côté frustrant avec l'ostéo par rapport à la kiné, c'est que t'as pas de retour. Tu sais pas si ça marche ou pas. Du coup si tu prends pas des nouvelles ? Tu fais comment pour t'améliorer après ?* » (ligne 278)

Rép. 8 : « *Et puis je te dirais même que j'aime bien la kiné aussi. Donc finalement oui, même si j'ai raté le coche pour faire de l'ostéo à temps plein on va dire, bah je regrette pas du tout d'avoir continué* » (ligne 565)

3.1.3. Revenus

La question des revenus, envisagée notamment sous l'angle des recettes liées aux soins prodigués, apparaît comme un facteur important pour les thérapeutes interrogés.

Sortir du système cadré du conventionnement sécurité sociale ainsi que de pouvoir appliquer une tarification plus libre sont deux éléments rapportés régulièrement : ils permettent de rendre la durée et le soin plus qualitatifs.

Les limites pouvant par contre se retrouver dans la capacité des patients à s'offrir ce type de PEC.

Rép. 2 : « *Et je regrette qu'en kiné, on en soit là. On est salariés de la Sécurité Sociale* » (ligne 536)

Rép. 3 : « *Alors je fais 20 % d'actes gratuits. Alors soit parce que je les connais, je connais leur situation* » (ligne 276)

Rép. 4 : « *Le mec qui vient en ostéo, il sait qu'il va payer. Le problème du paiement ou pas, il est réglé quand il a pris rendez-vous* » (ligne 314)

Rép. 5 : « *(...) la moyenne 60€, c'est pas mal, dans la région, c'est ce qui se fait. Et voilà je trouve que l'ostéo ça peut aller, ça peut défier ouais les 70€ facile* » (ligne 368)

Rép. 7 : « *J'avais envie de sortir de la sécurité sociale pour pouvoir me faire payer, avoir une deuxième source de revenus qui était indépendante, quoi* » (ligne 30)
« *Et le côté négatif c'est qu'on est vraiment pas assez payé pour pouvoir faire du bon travail quoi. (en kiné)* » (ligne 60)

Rép. 8 : « *Alors on m'a dit : Ah bon, c'est encore 60 ? Vous n'avez pas augmenté ?* » (ligne 329)

3.1.4. Démarche scientifique

Ce thème de démarche scientifique est en constante évolution. Il concerne aussi bien la kinésithérapie que l'ostéopathie. Cependant, cet aspect scientifique n'est pas développé de manière équivalente entre les deux domaines. Grâce à sa reconnaissance médicale, la masso-kinésithérapie a pris de l'avance ; l'ostéopathie lui octroie un accueil plus réservé, dans un climat parfois marqué par l'opposition entre les deux approches¹⁴.

*Rép. 1 : « (...) c'est le genre de truc qui me gonfle un peu **en kiné les gens qui ont besoin de tout intellectualiser pour se dire qu'ils ressentent quelque chose** » (ligne 320)*

*Rép. 3 : « C'est comme l'iceberg : **les vérités qu'on dit aujourd'hui seront peut-être fausses demain**. Donc, évidence base médecine, comme on-dit... » (ligne 187)*

Rép. 5 : « Je trouve ça dommage de limiter le soin à des recherches en fait. Parce qu'il y a tellement de choses qu'on ne peut pas expliquer » (ligne 264)

*Rép. 6 : « Je trouve que c'est une très bonne chose de **faire évoluer les concepts en ostéopathie en fonction des découvertes scientifiques**. Par contre, je reproche le côté exclusif de la science qui, pour l'instant refuse ce qui n'est pas démontré » (ligne 46)*

Rép. 7 : « (...) avec le côté purement EBP, des fois ce qui va me manquer, (...) des fois juste les patients (...) sont trop contents d'avoir 1 h de séance et d'avoir des personnes qui l'écoute et qui leur pose des questions. Et en fait à partir de là déjà ils vont mieux. » (ligne 166)

*Rép. 8 : « Alors c'est vite vu ! Moi aujourd'hui, **je ne pratique que des techniques et des méthodes non prouvées scientifiquement en fait**. » (ligne 209)*

*« En tout cas, les kinés ont des œillères maintenant. (...) Et comme tout, **on ne fait que ce qui est prouvé scientifiquement**. Ça convient vraiment pas à tout le monde » (ligne 227)*

¹⁴ Actuellement sont présentés un courant plutôt dit traditionaliste et un courant dit EBP. Une tendance à la catégorisation des thérapeutes est parfois observable. Celle-ci créant cette dualité et cette opposition dans la pratique.

3.1.5. Concurrence

L'état actuel du paysage professionnel ostéopathique est très concurrentiel.

La densité de thérapeute par habitant est très élevée, voire trop élevée. Et pourtant toujours en constante augmentation chaque année.

A titre d'exemple, et pour apprécier l'évolution, le ratio par habitant en 2002 était de 15 346 hab./ostéo. Et il est passé à 2177 hab./ostéo en 2023¹⁵ (Dr Gady-Cherrier & Zantman, 2022; Florkow et al., 2023; Registre des Ostéopathes de France, 2022b).

L'évocation de ce sujet par les répondants varie fortement selon l'année d'installation. La capacité à se constituer une patientèle fidèle semblait nettement plus aisée auparavant.

*Rép. 4 : « Mon activité fonctionne bien, mais il faut s'accrocher quand même. **Il faut s'accrocher la concurrence est là. On ne te fera pas de cadeau. Tu fais payer les gens, ils ne font pas de cadeau non plus** » (ligne 282)*

*Rép. 6 : « Non j'ai jamais, jamais eu ça. Mais il y a un élément important, c'est que je suis **installé depuis 92 en ostéo (...)** Donc forcément, **mon fichier clients il est important** » (ligne 96)*

*Rép. 7 : « Alors oui, clairement, ça ne développe pas aussi vite que ce que je voudrais, mais de toute façon, je ne mets pas le cabinet encore en voie de développement. Ok. **Mais la concurrence est rude dans la région, clairement ! On ne va pas se mentir.** » (ligne 364)*

3.1.6. Bien-être du thérapeute

La catégorie suivante se rapporte aux propos que l'on peut retrouver sur une des premières pages de cet écrit quand Pierre Tricot cite Robert Lever évoquant le fait que l'ostéopathie se révèle en étant incarnée par le thérapeute qui la pratique (Tricot, 2003).

La question évoque le besoin que peut éprouver le thérapeute à être lui-même en santé, aligné et pratiquant des activités qui lui permettent d'aller vers cet état de bien-être.

¹⁵ La « capacité de charge » a été calculée par l'U.R.C.O. en 2018 (Godfrin & Perris, 2018). Elle correspondrait à 1672 hab./ostéopathes (+/- 240 habitants). Soit une limite haute à 1912 hab./ostéo et une limite basse à 1432 hab./ostéo.

Rép. 1 : « *Parce que **si toi t'es pas bien tu peux pas transmettre*** » (ligne 277)

Rép. 2 : « *Ah bah oui ! C'est nécessaire (...) Je dirais même c'est plus que nécessaire : **c'est indispensable*** » (ligne 400)

Rép. 5 : « *(...) j'ai vécu cette expérience là avec un patient, ça m'a ramené à moi, ce que j'ai vécu perso. Donc, j'ai besoin de le lâcher. **Ouais c'est indispensable.*** » (ligne 223)

Rép. 7 : « *(...) **je fais plus de sport maintenant que je suis ostéo**, je m'oblige à aller à la salle. Ok, t'as vu mon gabarit ? **Si tu veux tenir dans le temps...*** » (ligne 238)

Rép. 8 : « *Alors oui, **je me fais traiter en ostéo**, bien sûr, **en kiné, en médecine chinoise*** » (ligne 176) et « ***C'est bien de ressentir la méthode** quoi. En fait, puisque nous on la pratique tout le temps, mais on ne ressent pas soi-même. »* (ligne 188)

3.1.7. Connaissance initiale de la pratique

La dernière catégorie reprend les réponses qui concernent les connaissances que les thérapeutes avaient de la pratique avant de s'engager dans les études. Notamment par rapport à la question de pourquoi l'ostéopathie plutôt que d'autres thérapeutiques existantes (chiropraxie, étiopathie, médecine chinoise, autres...) ?

Rép. 1 : « *Je commençais à regarder un peu l'ostéo mais le fait que ce soit **pas encore reconnu à l'époque ça me gênait un peu** donc j'ai attendu la reconnaissance puis je me suis lancé. »* (ligne 52)

Rép. 4 : « *(...) c'était en 2002 qu'on avait le droit d'exercer l'ostéo, **c'était en plein essor. Donc je me suis engouffré là-dedans*** » (ligne 70)

« *j'avais plus d'estime pour l'ostéopathe que pour le kiné déjà, dès le départ (...) **je plaçais vraiment l'ostéopathe sur un piédestal*** » (ligne 85)

Rép. 5 : « *(...) c'est le manque d'information et le **manque de pub de la médecine chinoise qui m'ont pas fait aller vers cette voie.*** » (ligne 69)

Rép. 7 : « *Et peut-être aussi **le fait que ce soit un peu plus reconnu auprès de la population. Un peu plus populaire*** » (ligne 37)

3.2. Analyse des réponses aux questionnaires Google Forms

Le questionnaire Google Forms a été rempli correctement par 276 participants.

L'ensemble des données de présentation de la population des répondants est reporté dans le tableau suivant (Tab. 5).

Tableau 5 : Tableau récapitulatif de la population de MKO ayant répondu au questionnaire Google Forms (n = 276)

Variable	n	%
<u>Genre</u>		
Homme	203	73,6%
Femme	73	26,4%
Autre	0	0%
<u>Âges</u>		
• 23 – 34 ans	46	16,7%
• 35 – 44 ans	56	20,3%
• 45 – 54 ans	85	30,8%
• 55 – 64 ans	67	24,2%
• 65 – 74 ans	22	8,0%
<u>Type de structure</u>		
<i>Cabinet libéral</i>		
- Associé	210	76,1%
- Assistant-collaborateur	32	11,6%
- Titulaire seul.e	18	6,5%
Mixte (<i>Libéral.e et salarié.e</i>)	7	2,5%
Institutionnel : Hôpital, SSR, EHPAD	9	3,3%

L'organisation du questionnaire a permis de récupérer des informations sur le type de pratique du professionnel répondant, sur la durée en lien avec son ou ses choix de pratique, et sur la quantité de séances d'ostéopathies effectuées si la pratique est mixte.

3.2.1. Type de pratique

Le premier diagramme représente la répartition des MKO en fonction de leur type de pratique (Fig. 7). Une très nette majorité de praticiens propose une pratique mixte mêlant kinésithérapie et ostéopathie (83%). La proportion de MKO pratiquant une ostéopathie exclusive ou, à l'inverse, une kinésithérapie exclusive est beaucoup plus faible (respectivement 14% et 3%).

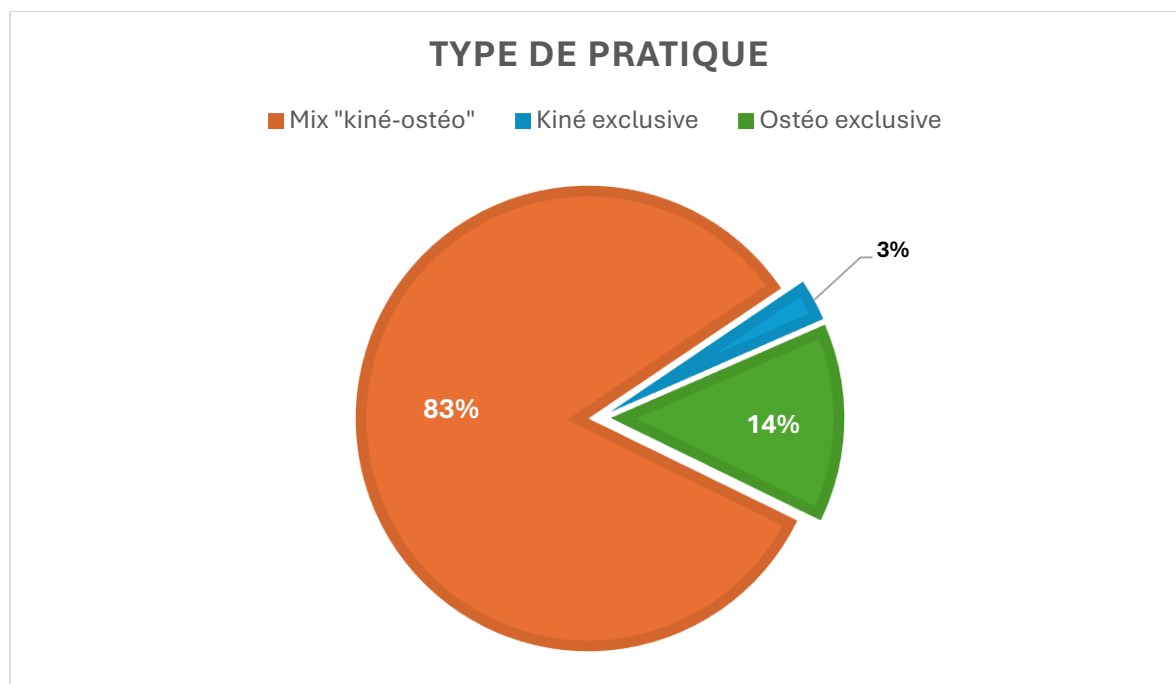


Figure 7 : Diagramme de répartition des répondants en fonction de leurs pratiques

Parmi les 14% de MKO qui pratiquent exclusivement l'ostéopathie, une question était posée afin d'identifier au bout de combien de temps ils avaient cessé l'exercice de la MK.

Pour les 3% des répondants ayant une pratique exclusive de MK, 20% ont abandonné l'ostéopathie immédiatement après l'obtention de leur D.O, 40% l'ont fait entre un et deux ans, et les 40% restants entre trois et quatre ans après la fin de leur formation.

Certains ont souhaité préciser la cause de leur choix. Les principales raisons évoquées ont été : « une mauvaise formation », « une formation de thérapie manuelle jugée identique », « une intégration dans la pratique kiné car pas d'affinité avec la pratique passive de l'ostéo », « une maternité », « des résultats moyens » et « un manque de confiance en soi pour établir des diagnostics d'opportunités ou différentiels sans erreur ».

3.2.2. Pratique masso-kinésithérapique avant le passage vers l'ostéopathie

La seconde représentation graphique (Fig. 8) permet de découvrir les réponses obtenues à la question : « J'ai laissé la kiné après ? ».

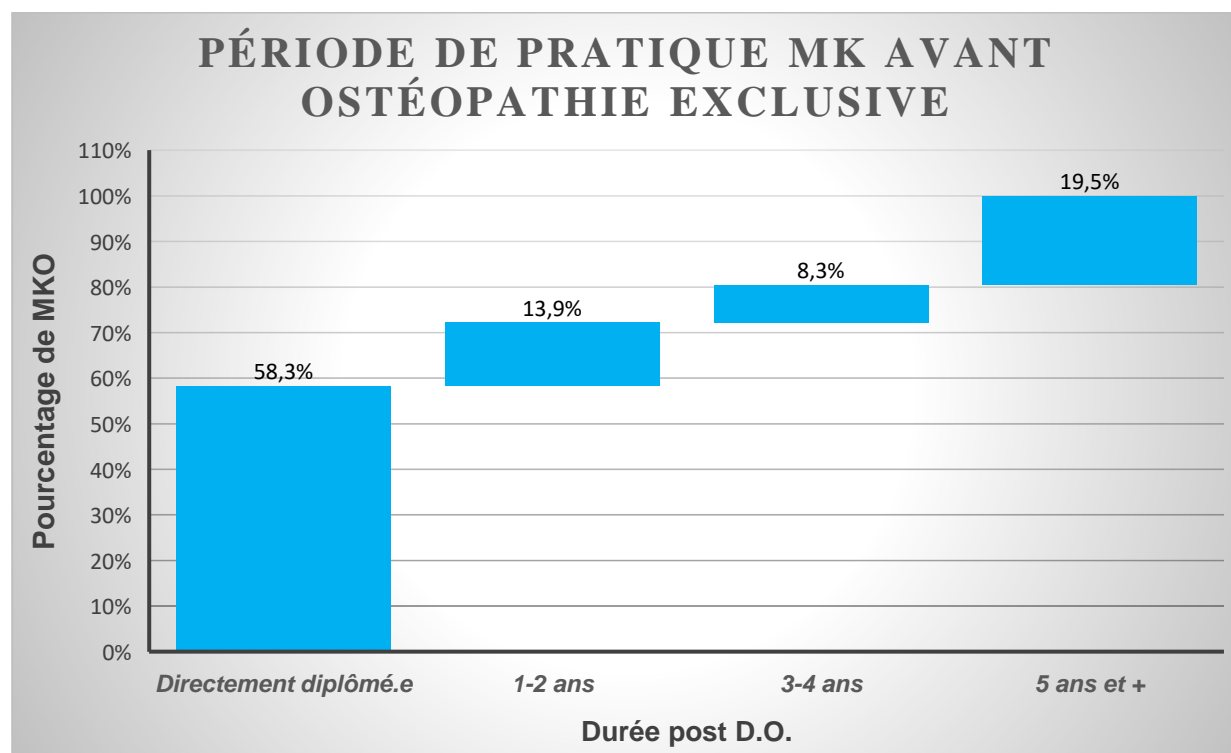


Figure 8 : Diagramme à bâtons représentant la répartition des MKO en fonction de la durée avant l'abandon de la kinésithérapie

La majorité des thérapeutes ont basculé directement vers une pratique ostéopathique exclusive dès l'obtention du D.O. (plus de 58%)

Une durée intermédiaire comprise entre un et quatre ans après le diplôme concerne un peu moins d'un quart des répondants, avec respectivement 13,9% ayant effectué la transition entre un et deux ans, et 8,3% entre trois et quatre ans.

Enfin, une dernière fraction, représentant 19,5% des répondants, a opéré ce changement professionnel plus de 5 ans après l'obtention du diplôme.

3.2.3. Proportion de l'ostéopathie dans une activité de MKO mixte

La question suivante portait sur la place occupée par l'ostéopathie dans l'activité des professionnels exerçant de manière mixte. Le but étant de quantifier sa pratique par rapport à l'activité totale. Les résultats sont présentés dans l'histogramme suivant (Fig. 9).

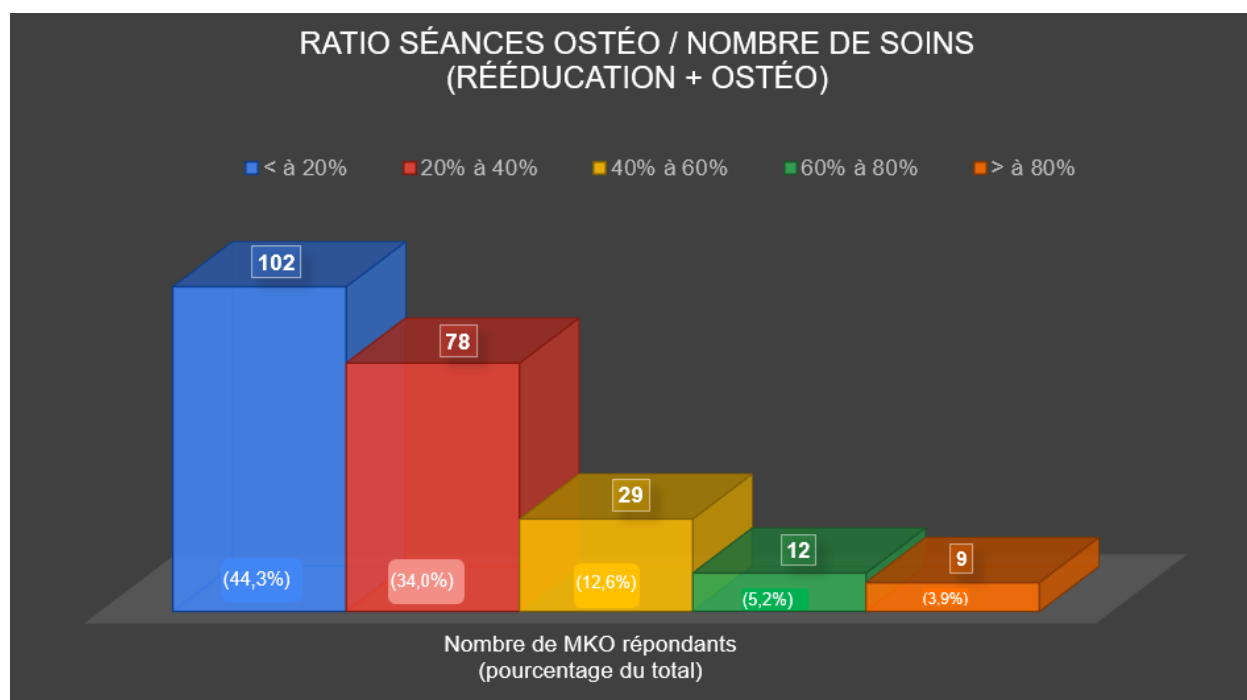


Figure 9 : Histogramme du ratio entre le pourcentage de séances d'ostéopathie sur l'ensemble des soins réalisés chez les MKO mixtes

On constate que la proportion la plus importante de MKO, soit 44,3% des répondants (n=102), déclare consacrer moins de 20% de leur activité quotidienne à des séances d'ostéopathie. Concernant ceux qui indiquent réaliser entre 20 et 40% de leur activité en ostéopathie, ils sont un peu plus d'un tiers de l'ensemble (34%).

Le nombre de MKO exerçant majoritairement en ostéopathie diminue nettement au-delà de 60% d'activité de soins D.O. Ainsi, seuls 12 répondants déclarent consacrer entre 60% et 80% de leur pratique et 9 répondants indiquent dépasser les 80% (correspondant respectivement à 5,2% et 3,9%).

3.2.4. Ostéopathie sur séances de rééducation

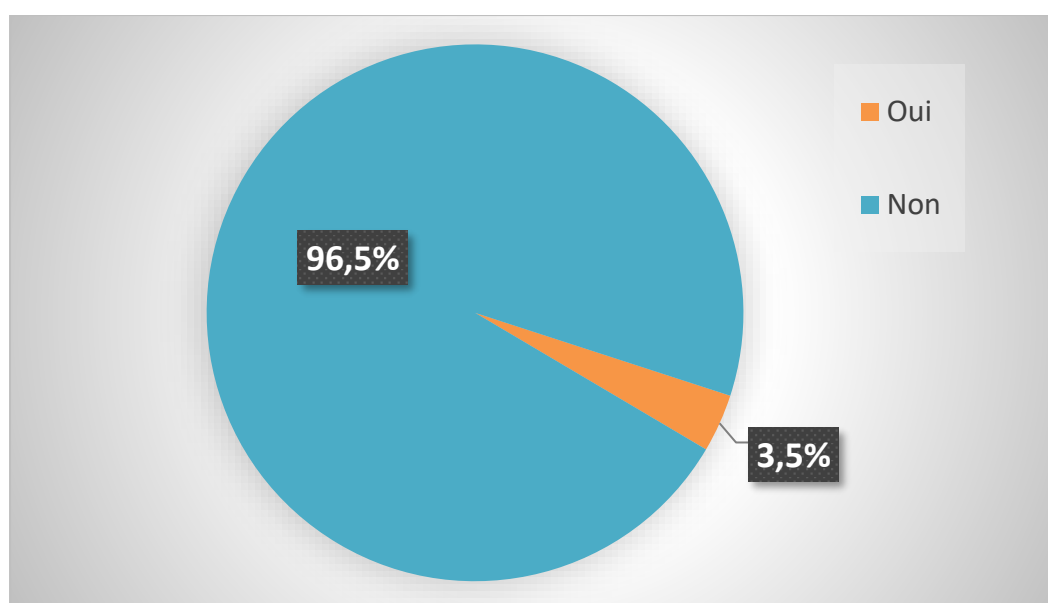


Figure 10 : Diagramme de réponses obtenues à la question : « Je pratique des séances d'ostéo facturées sur des séances de kiné ? »

Sur l'ensemble des 230 réponses de MKO avec activité mixte, seules 8 personnes, soit 3,5%, ont rapporté réaliser des séances d'ostéopathie facturées sur des séances de rééducation (Fig. 10).

Cette question a suscité certaines interrogations chez les professionnels consultés. Deux réponses par mail ont été réalisées afin d'éclaircir le propos.

Il est possible que le chiffre obtenu soit sous-estimé par rapport à la réalité observée sur le terrain. Dans la mesure où la pratique est illégale (et malgré l'anonymisation des données), elle peut s'avérer difficile à déclarer.

4. DISCUSSION

L'objectif de la présente étude était de mieux comprendre les motivations et les parcours des masseurs-kinésithérapeutes qui choisissent d'entreprendre des études d'ostéopathie.

L'étude cherchait également à comprendre pourquoi certains professionnels choisissent de conserver une pratique mixte tandis qu'une majorité de praticiens dans mon entourage opte pour une orientation exclusive vers l'ostéopathie.

Et pourquoi, pour certains d'entre eux, il n'a jamais été question de mettre en pratique ses compétences en ostéopathie autrement qu'au sein des séances de rééducation.

Cette approche sociologique constitue peut-être une première, dans la mesure où, à ma connaissance, peu -voire aucune- étude sur ce sujet n'a fait l'objet d'une publication à ce jour.

4.1. Le recensement

Les données concernant le nombre de professionnels en activité présentent beaucoup de disparités en fonction des sources (Dr Gady-Cherrier & Zantman, 2022; Registre des Ostéopathes de France, 2022b). Ces chiffres ont été soumis à une variation supplémentaire en octobre 2024 lors de la transition du répertoire ADELI vers le numéro RPPS.

Un travail remarquable est mené par les gérants du site [osteopathes.pro](https://www.osteopathes.pro)¹⁶ et par les membres du Registre des Ostéopathes de France (ROF)¹⁷ afin de tenir à jour et de diffuser les données les plus actuelles. Ce qui devrait permettre de réduire le delta actuellement observable.

Obtenir des données précises sur le nombre de MK en formation d'ostéopathie s'est avéré quasi impossible. Il a fallu recourir à une analyse chronologique des données du ROF (Registre des Ostéopathes de France, 2022b) pour en approcher une estimation plus fiable. Elle est reportée en annexe (*Annexe III*).

4.2. Revue de la littérature

Concernant les praticiens exerçant à la fois la kinésithérapie et l'ostéopathie, les articles consultés n'apportaient que peu, voire aucune information, sur la notion de complémentarité professionnelle entre les deux disciplines.

¹⁶ Klémen et Konrad, deux ostéopathes passionnés par leur métier, débordants d'idées et très abordables. Ils permettent notamment, via leurs outils en ligne, de faciliter l'installation et la gestion de cabinet aux thérapeutes en début d'activité. <https://www.osteopathes.pro/fr>

¹⁷ <https://www.osteopathie.org/demographie.html>

La majorité des écrits mettent en évidence une tendance à la scission entre les deux professions. Et peinent à reconnaître la légitimité des MKO dans un positionnement professionnel hybride (Darbois, 2018; Guillaud, 2020; Messina, 2010; Ordre MK, 2016; Pinsault & Monvoisin, 2014). Il en va de même pour les ostéopathes exclusifs, représentant une proportion majoritaire de la pratique, qui voient d'un œil méfiant la place ambiguë occupée par les MKO. C'est précisément pour cette raison que j'ai souhaité éclaircir ces points de vue souvent tranchés, afin de mieux comprendre les dynamiques en jeu.

4.3. Entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont mis en lumière différents éléments significatifs pour mieux comprendre les enjeux de la pratique des MKO.

Un manque de revalorisation de la profession des MK, une vision corporelle souvent trop fragmentée et une réputation forte de l'art ostéopathique sont les trois principaux points soulevés.

Malgré des années de formation continue, le MK peine souvent à valoriser ses connaissances et son expertise tant en termes de considération de la part du patient que de reconnaissance tarifaire. Ce dernier aspect financier peut sembler étonnant si l'on s'en tient aux valeurs des revenus des deux professions présentées chaque année par l'Union Nationale des Associations Agréées (UNASA). Le revenu médian des MK par année est bien supérieur à celui des D.O.¹⁸

Personnellement, les motifs qui m'ont poussé à entreprendre ce chemin sont assez similaires. En premier lieu, on peut retenir la vision holistique¹⁹ comme facteur déterminant. Le second point étant la capacité à proposer une séance de 45 minutes à une heure tout en maintenant un niveau de revenus satisfaisant²⁰. Et, enfin, la prise en compte des retours des patients suite à une ou deux séances d'ostéopathie, témoignant d'une évolution de leurs symptômes perçue comme significative.

¹⁸ <https://www.unasa.fr/statistiques/>

¹⁹ Relève de l'holisme : qui s'intéresse à son objet dans sa globalité (Dictionnaire Le Robert). Associer à « l'approche ou (la) thérapie holistique », la définition du Larousse donne ceci : approche d'un patient dans sa globalité, à savoir ses dimensions physiques, psychologiques, socioculturelles, environnementales et spirituelles. (Sa pratique n'est pas réglementée et son efficacité est discutée.)

²⁰ Cette notion de temps est très appréciée et valorisée par les patients. En atteste une étude de V. Braccini et F. Garnier de Février 2025 (Braccini & Garnier, 2025).

Nous pouvons retenir que pour les praticiens exerçant à la fois la kinésithérapie et l'ostéopathie, plusieurs éléments méritent d'être relevés : un suivi trop lointain des résultats post-séance²¹, une concurrence locale qui complique le développement de l'activité, ainsi qu'une reconnaissance encore difficile de la profession au sein du monde médical.

On peut supposer que ces différents éléments ont un impact dans l'utilisation limitée de l'art ostéopathique pour certains MKO, dans la frilosité des MK à perpétuer cette démarche d'études²², ainsi que dans les tensions ou incompréhensions actuelles interprofessionnelles persistantes.

4.4. Questionnaires

D'un point de vue quantitatif, les questionnaires ont permis de mettre en évidence quatre aspects importants : le type de pratique effectuée, la proportion entre les deux pratiques chez les MKO conservant une activité mixte, les raisons menant à un arrêt total de l'ostéopathie, et le temps nécessaire aux praticiens pour passer à une pratique exclusivement ostéopathique.

Les interprétations comparatives sont réalisées par rapport aux enquêtes d'insertion professionnelle effectuées par les écoles de formations²³. Nous en avons conservé cinq qui respectaient au mieux les éléments de contexte les plus proches de notre étude : l'ATSA (Lyon), l'IFSO Boris Dolto (Paris), l'IFSO Vichy, Holistea (Cergy) et Eurosteo (site d'Aix-en-Provence). L'ensemble de leurs données est reporté dans un tableau en annexe (*Annexe VIII*).

4.4.1. Type de pratique

La proportion de MKO exerçant avec une activité mixte est très nettement majoritaire. Avec 230 personnes (83% des répondants), ces chiffres s'inscrivent aisément dans la fourchette de ceux retrouvés dans les enquêtes d'insertion. Celle-ci débute avec un minimum de 56% selon les données fournies par l'école Holistea (à 12 mois), et atteint jusqu'à 100% selon les

²¹ Deux thérapeutes ont évoqué le fait qu'ils appelaient personnellement les patients à dix ou quinze jours post-soin afin de recueillir ces informations.

²² La démocratisation du D.E, du tarif HN, la mise en place de la première intention et l'augmentation régulière de l'offre de formation post-grade en MK sont autant de facteurs qui peuvent influencer aussi sur cet attrait en déclin

²³ Obligation légale en vue d'une demande d'agrément de la part d'une école de formation en ostéopathie. Cependant la qualité des enquêtes présentées est très variable d'une école à l'autre, les informations recueillies ne sont pas standardisées et le rendu est totalement déclaratif. De plus, elles sont difficiles à obtenir sur les sites scolaires. Le rapport IGAS de 2021 préconisait déjà une amélioration sur ce point avec échéance à 2022 (Dr Gady-Cherrier & Zantman, 2022)

déclarations des diplômés de l'ATSA Lyon (à 18 mois). La médiane de cet ensemble est de 74%.

Parmi eux, 180 personnes (78,3%) déclarent avoir effectué moins de 40% de séances d'ostéopathie dans leur pratique totale. L'école de l'IFSO Vichy et Eurosteo sont les seules à avoir évalué cette donnée. Pour la première (Vichy), 20% déclarent une activité ostéopathique équivalente à un mi-temps et 70% à moins d'un mi-temps. Pour la seconde (Aix), 62% inférieure à un mi-temps. On peut se questionner sur les raisons de cette faible représentativité du soin ostéopathique dans la pratique totale.

4.4.2. Ostéopathie exclusive

Pour les 38 personnes (14%) exerçant actuellement une ostéopathie exclusive, 58,3% ont effectué ce virage directement après le diplôme. Aucune enquête n'a malheureusement étudié ce critère.

Selon un rapide sondage auprès des étudiants de notre promotion, il semblerait que ce pourcentage sera nettement plus faible à l'avenir. En effet, seulement 2 étudiants sur 24 envisagent réellement l'ostéopathie de manière exclusive à moyen ou long terme.

4.4.3. Ostéopathie « sur ordonnance »

Enfin, 3,5% des répondants (8 personnes) déclarent réaliser des séances d'ostéopathie sur des séances de MK prescrites. Bien que cette pratique soit illégale, elle est officieusement répandue dans le milieu des MKO. On peut espérer qu'elle se réduise avec le temps. Cela permettrait d'éviter la confusion chez les patients et de ne pas entretenir un sentiment de concurrence déloyale à l'égard des ostéopathes exclusifs. Il s'agit de pratiques complémentaires, mais bien distinctes.

4.5. Limites de l'étude

4.5.1. Limites méthodologiques

Concernant le questionnaire, bien que les réponses apportent un certain éclairage sur la tendance, la taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser. Il faut également tenir compte des réponses auto-déclarées, qui sont sujettes aux biais. Enfin, sa diffusion et son anonymisation ne garantissent pas l'adéquation avec un profil correspondant totalement aux critères d'inclusion ou d'exclusion.

Le modèle final de l'interview semi-dirigée a été rédigé pour l'été 2023 avec pour objectif de commencer les premiers enregistrements assez rapidement. Quatre versions différentes ont été

réalisées avant de finaliser le choix du modèle présenté. Ce n'est que plus tard, lors de la mise en application et des recherches dans la littérature, que les limites sont devenues observables.

Sur ce type de méthode d'étude, l'enchaînement des questions pourrait être mieux structuré et plus directif. De plus, des phrases de relance pourraient être incluses (Delafontaine, 2019). L'apprentissage de ces éléments en lien avec la découverte des limites de cette étude ont été mis en évidence durant l'année 2024. Néanmoins, dans un souci de fidélité du rendu par rapport à l'ensemble des participants, aucune modification n'a été apportée.

Finalement, le résultat se rapproche plus d'une interview de type podcast que d'une interview semi-dirigée, pourtant mieux reconnue dans la littérature actuelle (Delafontaine, 2019).

4.5.2. Limites structurelles

L'échantillon de l'étude comprend un nombre légèrement plus élevé d'hommes que de femmes, pourtant dans un milieu socio-professionnel largement féminisé (Dr Gady-Cherrier & Zantman, 2022; Quesnot, 2024).

Les variations des lieux géographiques et des contextes d'enregistrement des entretiens placent cette étude hors d'un cadre standardisé, ce qui peut influencer la qualité de certains verbatims.

Le recrutement des répondants aux entretiens s'est effectué principalement via le réseau proche de l'étudiant (Delafontaine, 2019; Pinsault & Monvoisin, 2014), ce qui a conduit à un phénomène de redondance dans les réponses recueillies : la saturation des données liée à ces profils trop homogènes.

Enfin, le cadre de l'évaluation s'est majoritairement concentré sur l'exercice libéral de ces deux professions. Lieu de pratique favori, certaines PEC peuvent sembler similaires dans les motifs et dans leur réalisation, mais il n'en demeure pas moins que d'autres cadres existent. Notamment pour la MK où, comme présenté dans la première partie, les champs d'applications sont multiples et variés. Comparer une PEC MK réalisée en service de réanimation ou en centre de rééducation avec une PEC ostéopathique en ville n'aurait pas de sens, étant donné les différences de contextes et d'approches.

4.5.3. Limites temporelles

Cette étude présente une image de l'environnement professionnel des MKO à une période bornée (glissante entre 2023 et 2024). Celui-ci est en constante évolution tant sur le plan réglementaire que sur le plan de la considération sociale, sans oublier les organisations socio-professionnelles. Les réalités d'aujourd'hui ne seront probablement plus celles de demain.

4.6. Réflexions et perspectives d'évolution

Le sujet abordé se situe au cœur d'une évolution globale de l'offre de soin médicale²⁴, paramédicale²⁵ et alternative (ou complémentaire)²⁶.

Les limites évoquées précédemment, notamment du point de vue méthodologique, pourraient potentiellement freiner l'impact d'un travail de cette nature.

Néanmoins, l'amélioration de la connaissance d'un secteur de la santé qui évolue, ainsi que les problématiques soulevées, devraient encourager l'intérêt pour la poursuite de recherches de ce type.

De plus, les aptitudes et réflexes acquis au cours de ce processus représentent une richesse non négligeable pour tout futur professionnel pour lequel la formation continue sera un enjeu majeur^{27 28}.

²⁴ Angle abordé entre l'ostéopathie et la médecine par J.M. Gueullette dans son livre : « Ostéopathie, une autre médecine » (Gueullette, 2014)

²⁵ Le livre « Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles » de N. Pinsault et R. Monvoisin paru en 2014 est une présentation novatrice sur ce sujet pour l'époque (Pinsault & Monvoisin, 2014).

²⁶ Approche très intéressante à retrouver dans deux supports : le mémoire de fin d'études de Marine Djouzi (IFMK Nice) ainsi que la thèse de A. Guillaud « Décrire et expliquer le recours aux thérapeutes alternatifs en France » (Guillaud, 2020)

²⁷ Renvoie à une citation précieuse mentionnée dans la page de remerciements : Pierre Tricot évoque que devenir ostéopathe correspond « au travail d'une vie »

²⁸ La thèse d'Alexandre Borwin : « Apprenance et professionnalisation : le cas d'une profession orpheline, l'ostéopathie » est en cours de publication. Le sujet de la formation continue des ostéopathes tout au long de leur carrière est au cœur de cette recherche.

CONCLUSION

Cette étude sociologique sur la population des MKO français constitue une approche relativement nouvelle dans un domaine où la littérature est encore limitée sur le sujet.

Elle trouvera sans doute une place particulière dans un contexte où les échanges entre professions peuvent s'avérer houleux. Et, où la majorité des incompréhensions semblent résulter, avant tout, d'une méconnaissance mutuelle.

Ce travail nous aura permis de mieux connaître une partie de cet ensemble. S'il peut s'inscrire dans une dynamique d'ouverture progressive du milieu médical vers les médecines alternatives et complémentaires (MAC), il aura le mérite de constituer une avancée significative dans l'organisation de parcours de soin des patient.e.s.

Les résultats permettent de mieux comprendre les différentes motivations qui poussent un MK à entreprendre une évolution professionnelle en ajoutant le diplôme d'ostéopathie D.O. à son parcours. Les données recueillies offrent une vision plus précise de la répartition des pratiques au sein de ces thérapeutes à double identité, les masseurs-kinésithérapeutes-ostéopathes (MKO).

Si ce travail s'avère pertinent, il pourrait intéresser les écoles de formation ainsi que les formateurs. Il leur offrirait un éclairage sur les raisons pour lesquelles certains étudiants diplômés n'intègrent que partiellement la démarche intellectuelle ostéopathique à leur pratique. Se limitant parfois à l'emploi de quelques techniques. Cette observation ouvre la voie à une réflexion sur la manière dont l'enseignement de l'ostéopathie est perçu, transmis et assimilé dans le parcours des MKO.

Il semblerait intéressant de mener une recherche ciblée autour de ces éléments. Celle-ci permettrait d'approfondir les connaissances autour de ce statut hybride, marqué par une double identité qui interroge, voire dérange.

Bibliographie

Actes professionnels du Masseuse-kinésithérapeute, Pub. L. No. Article R4321-5, Santé Publique (2004).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913987

Arin Stocchetti, V. (2012). *Kiné ou ostéo, qui consulter ?* Je publie.

Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques* (4e éd. augmentée). la Découverte.

B.O Santé, Pub. L. No. JORF n°0204 du 4 septembre 2015, 8 172 (2015).

https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_p000.pdf

Braccini, V., & Garnier, F. (2025). Nature et enjeux des gestes perçus des ostéopathes dans leur reconnaissance professionnelle. *Revue Phronesis, Volume 14*(2), 39-57.

Brin, E. (2021). *La profession de masseuse-kinésithérapeute : Évolutions et perspectives* [Droit]. Université Paris Cité.

Darbois, N. (2018). Les kinés-ostéos, centaures de la santé. *Kinésithérapie, la Revue*, 18(198), 55-56. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.03.012>

Delafontaine, A. (2019). *Réussir la démarche de recherche universitaire en kinésithérapie et thérapie manuelle : Méthodologie, lecture critique d'article, mémoire de fin d'études*. Elsevier Masson.

Dr Gady-Cherrier, C., & Zantman, F. (2022). *Evaluation de la procédure d'agrément et des capacités d'accueil des établissements de formation en ostéopathie et en chiropraxie et propositions d'évolution* (Nos. 2021-095R). Inspection générale des affaires sociales (IGAS). <https://www.igas.gouv.fr/evaluation-de-la-procedure-dagrément-et-des-capacités-daccueil-des>

- Florkow, K., Sever, K., & Liot, P.-A. (2023, octobre 22). Démographie et perspectives économiques des ostéopathes en 2023. *Ostéopathes.pro*.
<https://publications.osteopathes.pro/fr/dossiers/demographie/demographie-et-perspectives-economiques-des-osteopathes-en-2023/>
- Godfrin, H., & Perris, M. (2018). *Etude statistique du Métier d'Ostéopathe en 2018 (EMOst 2018)*. U.R.C.O. <https://osteopathie-recherche.fr/?wsidchk=9845929>
- Gueullette, J.-M. (2014). *L'ostéopathie, une autre médecine*. Presses universitaires de Rennes.
- Guillaud, A. (2020). *Décrire et expliquer le recours aux thérapeutes alternatifs en France* [Thèse de doctorat, Université Grenoble Alpes]. <https://theses.fr/2020GRALS020>
- Kechichian, A., Imbert, F., & Pinsault, N. (2023). Coopérations entre professionnels de santé en soins primaires pour la prise en charge des troubles musculosquelettiques une revue narrative: *Santé Publique*, Vol. 35(3), 271-284. <https://doi.org/10.3917/spub.233.0271>
- L'ostéopathie dans le monde—Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie*. (s. d.). Consulté 19 janvier 2025, à l'adresse <https://www.osteopathie.org/100-l-osteopathie-dans-le-reste-du-monde.html>
- Matharan, J., Micheau, J., & Rigal, E. (2009). *Le métier de masseur-kinésithérapeute*. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.
- Messina, M. (2010). Kinési « thérapie manuelle » versus ostéopathie. *Kinésithérapie, la Revue*, 10(100), 50-52. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(10\)74803-8](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(10)74803-8)
- Ordre MK. (2015). *Fiche Métier du Kinésithérapeute*. <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2024/01/fiche-metier-du-kinesitherapeute-1.pdf>
- Ordre MK. (2016, septembre). *Guide d'information et de prévention contre les dérives thérapeutiques*. <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/10/guide-derives-therapeutiques.pdf>

- Pinsault, N., & Monvoisin, R. (2014). *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*. Presses universitaires de Grenoble.
- Quesnot, A. (2024). *Démographie des masseurs-kinésithérapeutes*. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapport-de-la-demographie-des-kinesitherapeutes-2024_page_par_page_maj221124.pdf
- Registre des Ostéopathes de France. (2022a). *Etat des lieux de l'Ostéopathie en France* (p. 0-23). ROF. <https://www.osteopathie.org>
- Registre des Ostéopathes de France. (2022b). *Etat des lieux de la démographie des porteurs du titre d'ostéopathe*. ROF. <https://www.osteopathie.org>
- Remondière, R., & Durafourg, M.-P. (2019). Regards sur la kinésithérapie en 2018: *Santé Publique, Vol. 30*(6), 869-876. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0869>
- Tricot, P. (2003). *Une brève histoire de l'ostéopathie*. 16.
- Trudelle, P. (2010). La thérapie manuelle devrait être le combat des kinésithérapeutes dans le concert des manipulations. *Kinésithérapie, la Revue, 10*(100), 38-49. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(10\)74802-6](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(10)74802-6)
- Université Libre de Bruxelles. (2024, septembre). *Sciences de la Motricité ULB*. Faculté des Sciences de la Motricité Humaine. https://fsm.ulb.be/medias/fichier/brochuresciencemotricite-2024-def_1724233785538-pdf
- Wagner, A., Ménard, M., Jacquot, E., Marangelli, G., Merdy, O., Clouzeau, C., Tavernier, P., Verbeeck, J., Vaucher, P., Esteves, J. E., Cerritelli, F., & Van Dun, P. Ls. (2023). The profile of French osteopaths : A cross-sectional survey. *International Journal of Osteopathic Medicine, 49*, 100672. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2023.100672>

Annexes

Annexe I : Tableaux des effectifs de kinésithérapeutes inscrits au Tableau, de 2020 à 2024
(Rapport 2024 sur la démographie, Quesnot, 2024)

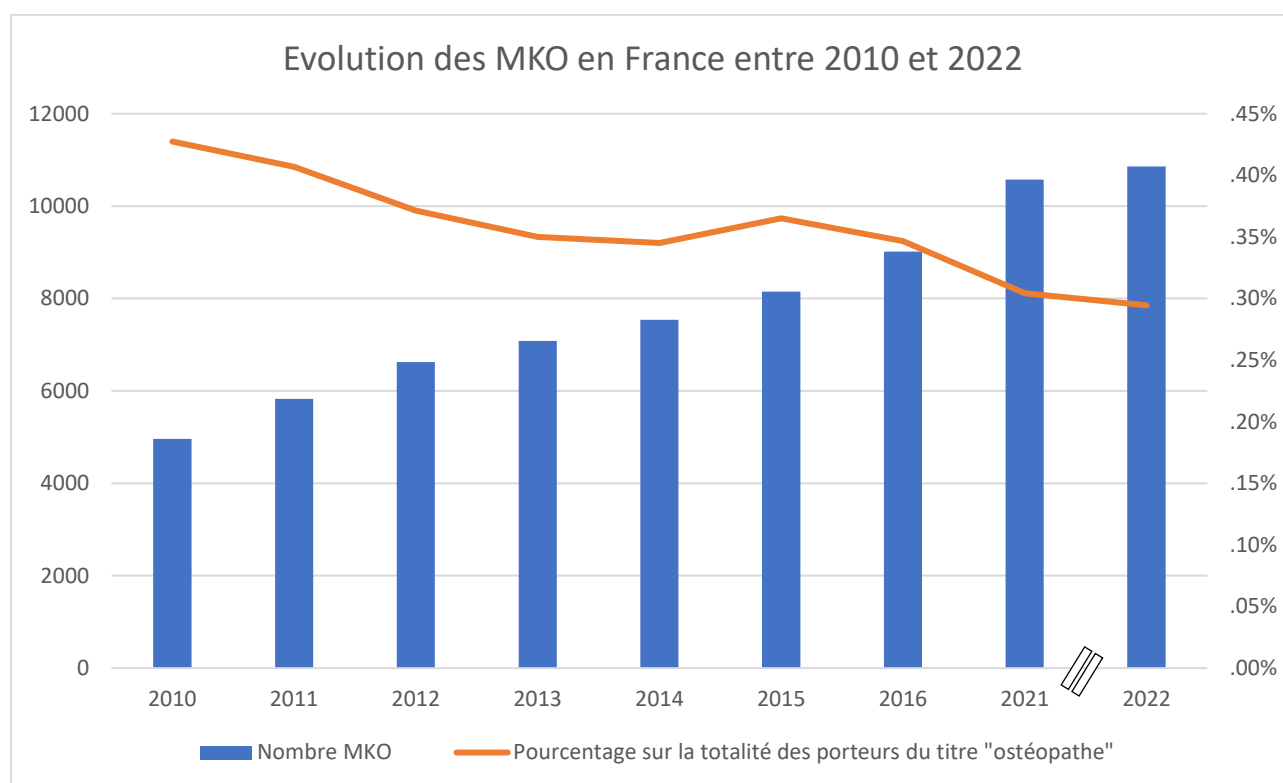
Années	Salariés	Libéraux et mixtes	% de libéraux et mixtes
2020	13 323	77 517	85,33
2022	15 594	83 196	85,08
2024	15 849	89 809	85,00

Région	Libéraux et mixtes	Salariés	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	11759	2225	13984
Bourgogne-Franche-Comté	2822	629	3451
Bretagne	4686	812	5498
Centre-Val de Loire	2215	407	2622
Corse	716	85	801
Grand Est	6734	1261	7995
Hauts-de-France	7132	1190	8322
Île-de-France	11692	2581	14273
Normandie	2907	646	3553
Nouvelle-Aquitaine	9227	1434	10661
Occitanie	11539	1924	13463
Pays de la Loire	4364	777	5141
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9908	1426	11334
Guadeloupe	1011	63	1074
Martinique	811	74	885
Guyane	115	38	153
La Réunion	2098	262	2360
Mayotte	70	7	77
Total	89806	15841	105647

Annexe II : Tableau des effectifs suite à la bascule ADELI – RPPS (tiré du modèle du 14/10/2025 à télécharger sur <https://esante.gouv.fr/produits-services/repertoire-rpps>)

Population	Enregistrement obligatoire ?	Texte de référence (si enregistrement obligatoire)	Autorité d'enregistrement (AE)	Démographie ⁽²⁾
Médecin	OUI	L. 4113-1 et D. 4113-115 CSP	Ordre (CNOM)	737 001
Massueur-kinésithérapeute	OUI	L. 4321-10 et D. 4323-2-2 CSP	Ordre (CNOMK)	105 108
Pharmacien	OUI	L. 4221-16 et D. 4221-21 CSP	Ordre (CNOP)	74 334
Chirurgien-dentiste	OUI	L. 4113-1 et D. 4113-115 CSP	Ordre (ONCD)	48 197
Sage-femme	OUI	L. 4113-1 et D. 4113-115 CSP	Ordre (CNOSF)	25 917
Pédicure-podologue	OUI	L. 4322-2 et D. 4323-2-2 CSP	Ordre (CNOPP)	14 523
Infirmier	OUI	L. 4311-15 et D. 4311-95 CSP	Ordre (ONI)	484 433
Médecin en formation	OUI	L. 4113-1 et D. 4113-122 CSP	Ordre (CNOM)	50 486
Chirurgien-dentiste en formation	OUI	L. 4113-1 et D. 4113-122 CSP	Ordre (ONCD)	3 025
Sage-femme en formation	OUI	L. 4113-1 et D. 4113-122 CSP	Ordre (CNOSF)	86
Pharmacien en formation	OUI	L. 4221-16 CSP	Ordre (CNOP)	5 479
Assistant de service social	OUI	Article L. 411-2 CASF	ARS	44 938
Assistant dentaire	OUI	L. 4393-17 et D. 4393-17 CSP	ARS	20 892
Opticien-lunetier	OUI	L. 4362-1 et D. 4365-1 CSP	ARS	49 527
Audioprothésiste	OUI	L. 4361-2 et D. 4365-1 CSP	ARS	5 925
Technicien de laboratoire médical	OUI	L. 4352-4 et D. 4354-1 CSP	ARS	55 671
Manipulateur d'ERM	OUI	L. 4351-10 et D. 4354-1 CSP	ARS	41 295
Physicien médical	OUI	L. 4251-3 CSP	ARS	600
Psychomotricien	OUI	L. 4333-1 et D. 4333-1 CSP	ARS	18 295
Diététicien	OUI	L. 4371-5 et D. 4371-1-1 CSP	ARS	19 152
Ergothérapeute	OUI	L. 4333-1 et D. 4333-1 CSP	ARS	17 518
Orthophoniste	OUI	L. 4341-2 et D. 4343-1 CSP	ARS	29 968
Orthoptiste	OUI	L. 4342-2 et D. 4343-1 CSP	ARS	7 350
Psychologue	OUI	Article 44 de la loi n° 85-772 et article 57 de la loi n°2002-303	ARS	92 608
Psychomotricienne	OUI	Article 57 de la loi n° 2002-303 et article 7 du décret n°2010-638	ARS	19 561
Ostéopathe	OUI	Article 75 de la loi n° 2002-303 et article 5 du décret n°2007-435 modifié	ARS	39 810
Chiropracteur	OUI	Article 73 de la loi n° 2002-303 et article 3 du décret n° 2011-66	ARS	1 916

Annexe III : Histogramme représentant l'évolution de la population des MKO français par rapport à l'ensemble des ostéopathes du territoire



Support d'entretiens

1) Présentation :

- Parcours scolaire ?
- Motivations pour Kiné ? Ecole de Kiné ?
- Combien de temps de pratique Kiné ?
- Motivations pour Ostéo ? Ecole d'Ostéo ?
- Pratique ensuite ? Activité mixte ? Si oui, pendant combien de temps ?

2) Choix de ré-orientation :

- Pourquoi Ostéo et non une autre thérapie ?
- Chiropraxie ?
- Etiopathie ?
- Naturopathie ?
- Médecine Chinoise ?

3) Connaissance initiale de la pratique :

- Impression de manque d'outils
- Envie de nouvelles approches
- Plus de temps avec le patient ?
- Connaissance finale ? Se sentir compétent après diplôme ?

4) Avantages/Inconvénients :

Kiné :

- Positif ?
- Négatif ?

Ostéo :

- Positif ?
- Négatif ?

5) Des « mentors » /exemples Ostéo : (compagnonnage)

6) Réseau :

- Entouré d'un réseau pluriprofessionnel ?
- Nécessité d'en avoir un ?
- Comment se le créer ?

7) Rapport à la science / données scientifiques :

- Actualisation des avancées scientifiques ?
- Considération de l'arrivée de l'Evidence Based Practice ?

8) Traitement personnel :

- Thérapie personnelle effectuée ? Si oui laquelle ?
- Indispensable de se faire suivre pour être un bon praticien ?
- Autres activités/loisirs à côté du travail ? Bénéfices dans la pratique ?

9) Organisation d'une séance « type » :

- Anamnèse ?
- Temps de séance
- Prix
- Conseils donnés ?
- Fréquence de PEC

10) Tarifs et remboursement :

- Positionnement tarifaire ? Evolution dans le temps ?
- Avis et/ou remarques des patients ?
- Séance de suivi à titre gracieux ou à tarif préférentiel si nécessaire ?
- Difficultés rencontrées auprès des mutuelles ?

11) Considération :

- Différence faite entre statut Kiné et statut Kiné-Ostéo :
Par les patients ? Par les collègues ? Par l'entourage ?

12) Considération de l'Ostéo :

- 1) Ostéo = Super-Kiné avec techniques + poussées ?
- 2) Ostéo = Philosophie complète ?
- 3) Ostéo = Médecine ?

13) Concurrence :

- Déjà eu la sensation de manquer de travail ? Réalisation de « trucs » pour attirer des patients ?

14) Formation continue :

- Recours aux formations professionnelles continues ?
- Comment choisir ?

15) Connaissances des principes fondateurs :

- Apprentissage des principes et fondements de l'Ostéo ? De la Kiné ?
- Actualisation au cours de la carrière ? Lecture des « anciens » ?

16) Différentes formations :

- Différence de pratiques observées entre :
 - 1) Kiné-Ostéo ?
 - 2) Ostéo formation initiale ?
 - 3) Médecin-Ostéo ?

17) Rétrospective :

- Si c'était à refaire ?
- Quel(s) conseil(s) à la personne que tu étais à 18 ans ?

18) Ouverture :

- Chose ou élément le plus précieux pour toi :
De manière globale ? Et dans le soin ?

19) Un ou 2 livres à conseiller ?

20) Mot de la fin

Mail demande aux écoles

Bonjour,

Je suis kiné depuis 8 ans et en dernière année de formation ostéo "Pro de Santé"
à l'IFSO Vichy

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je réalise une enquête de pratique
professionnelle chez les kiné-ostéo

C'est donc pour cela que je me permets de vous contacter aujourd'hui : étant
donné votre qualité d'enseignement dans ce domaine je souhaitais savoir est-ce
qu'il semblait possible pour vous de transmettre un questionnaire à vos anciens
étudiants (diplômés à ce jour) ?

Le but étant de découvrir avec précision quelle est la quantité de "pratique de
l'ostéopathie" chez les professionnels double casquette

Je vous remercie par avance pour votre prise en considération et vous souhaite
une bonne journée

Cordialement

William Chalmandrier

Annexe VI : Questionnaire Google Forms

MKDE et Ostéo : Comment je le vis ?

Durée de réponse : 1 à 2 min

Bonjour, je suis William Chalmandrier, kiné depuis 8 ans et en dernière année d'ostéopathie à l'IFSO Vichy. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études vous allez répondre à un questionnaire rapide. Le but étant de pouvoir découvrir *comment s'organise la vie professionnelle d'un Kiné-Ostéo en 2024*

Les données sont anonymes, elles seront conservées jusqu'à Septembre 2025 et ne seront diffusées que dans l'étude statistique du mémoire lui-même. Si vous avez des questions et/ou remarques vous pouvez me contacter sur l'adresse suivante : william.chalmandrier@ifso-vichy.com
Un grand merci par avance pour votre considération du projet et bonne journée

1. Je suis ...

Une seule réponse possible.

- ☐ Un homme
☐ Une femme
☐ Autre

2. Et j'ai ...

Une seule réponse possible.

- ☐ 23 - 34 ans
☐ 35 - 44 ans
☐ 45 - 54 ans
☐ 55 - 64 ans
☐ 65 - 74 ans
☐ 74 ans et +

3. Je travaille dans ...

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Cabinet libéral : Associé
- ☐ Cabinet libéral : Assistant-collaborateur
- ☐ Institution (Hôpital, SSR, EHPAD, IME etc...)
- ☐ Mixte
- ☐ Autre : _____

4. Et je pratique ...

Une seule réponse possible.

- ☐ Que de l'ostéo *Passer à la question 7*
- ☐ Un mix kiné et ostéo *Passer à la question 8*
- ☐ Que de la kiné *Passer à la question 5*

"Vis ma vie de kiné"

5. J'ai abandonné l'ostéo au bout de...

Une seule réponse possible.

- ☐ directement diplômé.e ostéo
- ☐ 1-2 ans
- ☐ 3-4 ans
- ☐ 5 ans et +

6. Parce que ...

"Vis ma vie d'ostéo"

7. J'ai laissé la kiné après ...

Une seule réponse possible.

- ☐ directement diplômé.e ostéo
- ☐ 1-2 ans
- ☐ 3-4 ans
- ☐ 5 ans et +

"Vis ma vie kiné-ostéo"

8. Mon pourcentage de séances d'ostéo (sur l'ensemble de la pratique)

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins de 20%
- ☐ 20% à 40%
- ☐ 40% à 60%
- ☐ 60% à 80%
- ☐ + de 80%

9. Je pratique des séances d'ostéo facturées sur des séances de kiné ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Annexe VII : Formulaire de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Titre de l'étude : Pourquoi un masseur-kinésithérapeute en vient à l'ostéopathie ? Et qu'en fait-il ?

Cher(e) Participant(e),

Je vous invite à participer à cette étude menée par William CHALMANDRIER en tant que masseur-kinésithérapeute étudiant en ostéopathie en vu du mémoire de fin d'études.

Objectif de l'étude : Cette étude vise à rechercher quels peuvent être les éléments, les raisons qui amènent un professionnel de santé masseur-kinésithérapeute à s'engager dans la voie de l'ostéopathie

Procédure : Vous êtes donc invité(e) à répondre à un questionnaire semi-dirigé lors d'un entretien autour de votre expérience en lien avec ce sujet d'étude.

Durée : Le temps nécessaire d'entretien peut varier entre vingt minutes et une heure environ.

Confidentialité : Vos réponses seront traitées de manière strictement confidentielle. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée.

Risques et avantages : Aucun risque majeur n'est associé à votre participation. Les avantages potentiels comprennent une mise en commun des différentes expériences professionnelles consultables à l'issue de la production écrite.

Droit de retrait : Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans aucune conséquence.

Contact : Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez contacter William CHALMANDRIER à l'adresse william.chalmandrier@ifso-vichy.com ou au 06.17.01.61.73

Consentement : En signant ci-dessous, vous indiquez que vous comprenez les informations ci-dessus, que toutes vos questions ont été répondues de manière satisfaisante, et que vous consentez librement à participer à cette étude.

Nom du participant : _____

Date : _____

Signature du participant :

Signature du chercheur :

Annexe VIII : Tableau récapitulatif des enquêtes d'insertions professionnelles réalisées par les écoles de formation

Nom d'école	Nombre de répondants	Pourcentage ostéo / total	Type d'activité
ATSA Lyon 18 mois	27	100% mixte	88,23% libérale 11,76% mixte lib. et sal.
ATSA Lyon 30 mois	44	23% exclusive 77% mixte	100% libérale
Holistea Cergy 12 mois	9	44% exclusive 56% mixte	100% libérale
Holistea Cergy 24 mois	36	33% exclusive 64% mixte 3% pas d'ostéo	Données non exploitables
IFSO Paris	31	13% exclusive 87% mixte	...
IFSO Vichy 18 mois	16	19% exclusive 62,5% mixte (25% intégré à MK)	94% libérale 6% salariale
IFSO Vichy 30 mois	10	10% exclusive 20% à mi-temps 70% < à mi-temps	90% libérale 10% salariale
Eurosteo 18 mois	...	15% exclusive 70% mixte 15% pas d'ostéo	...
Eurosteo 30 mois	...	21% exclusive 74% mixte 4% pas d'ostéo	...

Médiane ostéopathie exclusive = 20%

Médiane MKO activité mixte = 74%

Annexe IX : Exemple de retranscription du Verbatim d'un entretien semi-dirigé

1 **Interviewer** : C'est bon c'est parti. Bah du coup je vais te laisser te présenter : quel a été ton
2 parcours scolaire à la base ? Pourquoi tes envies de kiné et qu'est-ce qui fait qu'après t'es parti
3 vers l'ostéopathie ?

4 **MKO** : Parcours scolaire sans particularité : un BAC, un BAC S à ce moment-là (2s) Non !
5 C'était ce BAC C, non, non, c'était BAC C, c'est mon fils un BAC S. Donc BAC C, ensuite,
6 ensuite une année de médecine, échouée. Ensuite kiné pendant (2s) Je me retrouve diplômé en
7 kiné en 1980 = Euh 79 et ensuite ostéo. J'ai fini ostéo en 92, j'ai commencé en 85.

8 **Interviewer** : Ok. Que t'as fait où du coup ?

9 **MKO** : J'ai tout fait au CIDO à Saint-Étienne et ensuite installation en ostéopathie exclusive
10 en 93.

11 **Interviewer** : D'accord ! Ouais assez rapidement switché en ostéo. Qu'est-ce qui fait que t'as
12 choisi l'ostéopathie et pas autre chose ? Chiro, étioathe, naturopathe, médecine chinoise ?

13 **MKO** : Parce que je connaissais pas. Et par hasard, c'est un ostéopathe qui a soigné ma mère,
14 mais sinon, je connaissais pas.

15 **Interviewer** : Et qu'est-ce qui faisait que tu voulais partir de la kiné vers l'ostéopathie?

16 **MKO** : Le besoin d'indépendance par rapport à la Sécu, par rapport aux médecins, par rapport
17 aux prescriptions, par rapport à la sensation aussi, au bout de quelques séances, que le job
18 était fait, mais que les gens voulaient continuer à venir et que voilà (2s) C'était plutôt vraiment
19 ce souci d'indépendance. ↓

20 **Interviewer** : Ok. Et que t'avais pas (hésitation). Que t'as pas retrouvé en ostéo du coup ? Qu'il
21 y avait pas cet aspect où les gens veulent continuer à revenir, malgré que [...]

22 **MKO** : [...] Ah en ostéo, c'est complètement différent ! Parce qu'à partir du moment les gens
23 payent, ils viennent volontairement. Comment dire ? Ils vont pas venir toutes les semaines,
24 même si ça leur fait du bien. Et en plus, de toute façon, quand il y a des gens qui souhaitent
25 quand même venir, j'ai des patients qui veulent venir tous les mois, je refuse. C'est pas dans
26 l'esprit de l'ostéopathie sauf s'il y a une raison médicale. Des gens qui ont une arthrose

27 importante où de toute façon, je sais pas si l'ostéopathie mais moi, je n'arrive pas à les soigner
28 pour un temps très très long donc il arrive que j'ai des patients dans ces cas là, qui viennent
29 tous les deux mois.

30 **Interviewer** : Ok, ok. Et est-ce que t'avais des mentors ou des exemples d'ostéo ?

31 **MKO** : Bah celui qui a soigné ma mère.

32 **Interviewer** : D'accord et qui fait qu'après il t'a suivi aussi?

33 **MKO** : Qui a fait euh (hésitation) (2s). C'était la première génération d'ostéopathes qui avait
34 fait ses études à Maidstone, et donc je suis allé voir. Il m'a conseillé de (2s) Je lui ai dit: "je
35 vais aller Maidstone en Angleterre." Et en fait il m'a dit : "c'est pas la peine, il y a la
36 promotion de Maidstone qui a créé cette école, le CIDO, à Saint-Étienne." Et donc je me suis
37 inscrit à Saint-Étienne et on avait des formations à Maidstone parallèlement.

38 **Interviewer** : Ok. Là t'as dû voir que, actuellement, l'ostéopathie... D'ailleurs on en parlait un
39 peu hier. (2s) Que l'ostéopathie allait vers la science, l'EBP et tout ça : quel est ton rapport à
40 tout ça ?

41 **MKO** : Mon rapport ? Alors oui il vaut mieux dire mon rapport. Je trouve que c'est une très
42 bonne chose de faire évoluer les concepts en ostéopathie en fonction des découvertes
43 scientifiques. Par contre, je reproche le côté exclusif de la science qui, pour l'instant refuse ce
44 qui n'est pas démontré.

45 **Interviewer** : Très bien ! Et est-ce que toi, tu te fais traiter en ostéo ou autre ?

46 **MKO** : Oui ! En ostéo.

47 **Interviewer** : En ostéo ouais. Et est-ce que tu penses que c'est quelque chose de nécessaire ou
48 de bien utile pour être un bon praticien ?

49 **MKO** : Oui absolument.

50 **Interviewer** : Ok. Et est-ce que t'as d'autres activités, des loisirs, à côté du travail ? Et t'as la
51 sensation qu'elles te servent dans ta pratique ?

52 **MKO** : Plus maintenant.

53 **Interviewer** : Ok [...]

54 **MKO** : [...] Enfin plus maintenant, parce que physiquement, j'ai arrêté ce que je faisais en
 55 activités sportives ou des choses comme ça.

56 **Interviewer** : Ok. Mais tu avais cette sensation là avant ?

57 **MKO** : Mais j'aimais bien ! Ça me permettait aussi. (2s) La question, c'était : "est-ce que ça
 58 m'apportait ?" [...]

59 **Interviewer** : [...] C'était est-ce que tu sentais que les activités annexes, en gros, t'apportent
 60 quelque chose à ta pratique ou sont utiles à ta pratique ? C'était plutôt dans l'idée de te sentir
 61 un peu aligné.

62 **MKO** : Ouais la méditation. Que je continue d'ailleurs.

63 **Interviewer** : D'accord. Bah top ! Nickel. Est-ce que, pour toi, l'ostéopathie c'est (.) Alors il y
 64 a trois propositions : est-ce que c'est une super kiné, avec des techniques plus poussées ? Est-
 65 ce que c'est une philosophie complète ? Ou est-ce que c'est une médecine ?

66 **MKO** : C'est un art qui rejoint plus l'aspect philosophique. Euh (hésitation) une médecine oui
 67 (2s). Mais pas une médecine au sens rationnel. Mais c'est plus un art. C'est certainement pas
 68 super kiné, non, certainement pas. Alors après, mes études de kiné remontent à 40 ans hein.
 69 (rires)

70 **Interviewer** : Effectivement, ça s'entend largement.

71 **MKO** : Ça a peut être changé depuis quand même. J'espère ! (sourire)

72 **Interviewer** : (sourire aussi) Hmmm pour toi, c'est quoi une séance type ? Est-ce que tu fais
 73 une anamnèse ? Combien de temps dure la séance ?

74 **MKO** : Alors la séance dure 45 minutes. Euh anamnèse relativement courte, avec pour but de
 75 rechercher les exclusions ou les nécessités de réorientation. La plainte du patient,
 76 évidemment, les antécédents et ensuite, je fais ma technique. Vraiment une séance quoi.

77 **Interviewer** : Et quel est son prix ? Est-ce que tu donnes des conseils à la fin ?

78 **MKO** : Le prix, c'est 70 € et je donne pas de conseil à la fin.

79 **Interviewer** : Et la fréquence des prises en charge ? Bon on en a déjà un peu parlé tout à
80 l'heure mais pour préciser ?

81 **MKO** : Alors la fréquence moyenne c'est une à deux séances par an. Les cas spécifiques c'est
82 des gens avec un réel problème. (2s) Enfin les autres aussi ont un problème, mais un problème
83 que je n'arrive pas à régler et qui reviennent. Mais toujours après une discussion, je veux dire :
84 je ne demande pas au patient de revenir. C'est lui qui souhaite continuer.

85 **Interviewer** : Ok. Est-ce que t'as déjà eu la sensation de manquer de travail ?

86 **MKO** : De manquer de travail ? Non jamais.

87 **Interviewer** : Oui par rapport à la concurrence etc ?

88 **MKO** : Non j'ai jamais, jamais eu ça. Mais (.) Mais il y a un élément important, c'est que je
89 suis installé depuis 92 en ostéo. Donc il y en avait pas, ou très peu. Donc forcément, mon
90 fichier clients il est important.

91 **Interviewer** : Oui, c'est certain. Est-ce que tu continues à te former tout au long de ta carrière
92 ou tu as continué à te former sur ta carrière ?

93 **MKO** : Jusqu'à l'année passée, je me suis formé. Cette année, j'ai rien fait.

94 **Interviewer** : Ok. Et comment tu les choisissais ?

95 **MKO** : En fonction des intervenants et en fonction du sujet, bien sûr. Et en fonction de mes
96 centres d'intérêt.

97 **Interviewer** : Ouais ok. Est-ce que tu sens une différence entre ceux qui sont kiné-ostéo ?
98 Ceux qui sont ostéo formation initiale ou dits exclusifs maintenant ? Et les médecins-ostéo ?

99 **MKO** : Alors je peux parler des médecins-ostéo, parce que ça, j'en ai connu quand j'ai fait mes
100 études. En fait c'est difficile comme question, parce qu'il y a beaucoup de possibilités. Mais si
101 on fait un truc très terre-à-terre : je trouve que les kinés-ostéo utilisent trop (hésitation). De ce
102 que j'en sais, mais j'en suis pas certain (2s). C'est un peu des "on-dit". Mais ils font des
103 séances (.) enfin facturent des actes d'ostéopathie sous couvert de kiné. Et les médecins font
104 pas tout à fait la même chose. Mais ils font un tarif qui est supplémentaire. Qui est supérieur
105 au mien. Mais ils font quand même une feuille de soins. C'est-à-dire que les gens sont en

106 général remboursés d'une consultation plus un dépassement d'honoraires. Et je trouve que ce
107 serait bien qu'il y ait une uniformisation de la pratique ostéo et du remboursement. A savoir
108 que le remboursement, pour l'instant, il est fait que par les mutuels. Et point c'est terminé. On
109 devrait pas, non pas par rapport à moi, puisque j'ai jamais eu ce problème de clientèle, mais
110 par rapport à ce qui se passe dans la tête des gens. Et surtout pour les kinés qui font des
111 feuilles de soins, c'est-à-dire que ça transforme le soin ostéopathique en un soin de confort.

112 **Interviewer** : Hmmm ok. Et dans la pratique ?

113 **MKO** : Ah dans la pratique ! Bah ça, je peux pas trop juger. Je peux faire simplement
114 référence à ce (.) Il y avait deux médecins ostéos que je connaissais bien. Ils bossaient comme
115 nous quoi. Non, non, il n'y avait pas de différence. Ils avaient une connaissance supérieure,
116 surtout à l'époque dans les formations ostéo, la sémio elle était quand même très très légère.
117 Donc là ils avaient forcément une connaissance supérieure à la base.

118 **Interviewer** : Yes. On va aller là-dessus : est-ce que t'as un réseau pluriprofessionnel autour
119 de toi ?

120 **MKO** : Médecin, psychologue, chir dentaire, gynéco. Et j'avais chirurgien.

121 **Interviewer** : D'accord et comment est-ce que tu te l'es créé ?

122 **MKO** : Euh bah au départ c'était quand même plutôt des gens du quartier que je connaissais.
123 Et puis après ça a été le bouche-à-oreille par les patients qui en ont parlé à leur médecin et qui
124 sont venus voir un peu ce que c'était.

125 **Interviewer** : Ok. Et tu penses que c'est une bonne chose, voire même une nécessité, d'en
126 avoir autour de soi un réseau ?

127 **MKO** : C'est pas une nécessité mais c'est une bonne chose oui.

128 **Interviewer** : Ok nickel. Ensuite, les dernières petites questions : est-ce que, si c'était à refaire,
129 tu referais le même chemin ?

130 **MKO** : A savoir kiné, ostéo, tout ça ?

131 **Interviewer** : Ouais ouais ton cheminement, parcours de vie pro.

132 **MKO** : Euh (2s) Oui, oui. Je regrette pas du tout le temps que j'ai travaillé en tant que kiné,
133 surtout quand j'étais assistant au tout début. Parce que je bossais à Roubaix, dans un milieu
134 très défavorisé. Et j'ai vraiment vécu des très très belles expériences avec ces gens-là. Après
135 mon cabinet en ville, en kiné, les gens étaient très sympathiques aussi. Non, je regrette pas du
136 tout le temps de kiné. Je suis content d'avoir fait ça, mais après, je suis content d'avoir fait
137 ostéo.

138 **Interviewer** : Ok. Et quel conseil, là si tu croisais le jeune "toi à 18 ans", quel conseil tu lui
139 donnerais là maintenant avec l'expérience passée ?

140 **MKO** : De travailler plus les matières comme « on-dit » fondamentales. D'approfondir plus
141 ces matières fondamentales et de chercher des gens qui seraient capables de m'apprendre
142 l'anatomie ostéopathique. Alors maintenant je sais. Mais à cette époque-là, ça aurait été bien.
143 Dans mes études d'ostéo c'était de l'anatomie médicale, point. Il n'y avait pas. Et c'était valable
144 pour toutes les matières : c'était médical. Je trouve que ce serait important d'avoir une
145 formation en ostéopathie tout le temps, quelle que soit la matière orientée vers la (.) vers
146 l'ostéopathie.

147 **Interviewer** : Ouais je vois ! Je vois bien l'idée. Faire les liens tout ça. Maintenant une petite
148 ouverture pour toi : quelle est la chose ou l'élément le plus précieux de manière globale ? Pas
149 forcément dans le soin, dans la vie ?

150 **MKO** : Dans la vie : la liberté.

151 **Interviewer** : Ok et dans le soin ?

152 **MKO** : Le respect.

153 **Interviewer** : Ok super. Est-ce que tu aurais un ou deux livres à conseiller ?

154 **MKO** : Ah ah ! Oh là là (réflexion)

155 **Interviewer** : Sûrement plus ?

156 **MKO** : Ouais ! (rires)

157 **Interviewer** : Je sais pas (.) Si on dit (.) Allez un ostéo et un grand public ?

158 **MKO** : Alors un ostéo c'est difficile parce qu'en fonction des époques de ma carrière il y a
159 vraiment certains bouquins qui ont été déterminants. Il y a forcément le bouquin de Tricot.
160 Mais il y a le bouquin de Jacques Andréva Duval sur les techniques d'équilibration et
161 d'échange réciproques.

162 **Interviewer** : Ouais je l'ai eu l'année dernière.

163 **MKO** : Tu l'as lu ?

164 **Interviewer** : Oui l'année dernière, j'ai adoré !

165 **MKO** : C'est fabuleux ce bouquin ! Parce que moi je l'ai lu (.) Je sais pas (.) Dix ou quinze
166 fois. Il faudrait que je le relise d'ailleurs parce qu'à chaque fois il y a des choses qui arrivent et
167 il y a une lecture différente. Et puis les titres des bouquins (2s) Je m'en souviens pas↓Moi je
168 lis des polars. Et récemment j'ai lu un très très beau livre : ça doit s'appeler "Parole d'hommes"
169 je crois. Et je lis aussi des trucs sur la vulgarisation de la médecine quantique. Enfin de la
170 physique quantique. Des vulgarisations parce que sinon c'est trop compliqué !

171 **Interviewer** : Top ! Et est-ce que tu aurais un mot de la fin ?

172 **MKO** : Écoute, c'était très intéressant et tu es resté dans le temps qui t'était imparti. (rires)

173 **Interviewer** : (rires) Parfait ! Merci beaucoup !

174 **MKO** : Et bon courage pour l'avenir

INSTITUT DE FORMATION SUPERIEURE EN OSTEOPATHIE DE VICHY –
CLERMONT-FD

ANNÉE 2024-2025

Résumé

Ce mémoire s'intéresse à la place actuelle du masseur-kinésithérapeute-ostéopathe (MKO) en France en 2024. Il explore les motivations qui poussent des kinésithérapeutes à s'ouvrir à la formation en ostéopathie, ainsi que la réalité de leur exercice professionnel une fois cette double compétence acquise.

À travers une méthodologie mixte, combinant des entretiens semi-dirigés (8 praticiens) et des questionnaires (276 réponses), l'étude révèle une majorité de pratiques mixtes, alliant kinésithérapie et ostéopathie. Toutefois, certains professionnels se tournent vers une pratique exclusive de l'ostéopathie, bien que cela reste minoritaire. Les motivations évoquées vont d'une volonté d'avoir une approche plus globale du patient, la recherche d'une plus grande liberté thérapeutique, d'une valorisation personnelle ou encore d'un meilleur équilibre économique.

L'étude met également en évidence la position ambivalente du MKO au sein du paysage médical, ainsi que la place marginale accordée à l'ostéopathie dans les pratiques mixtes. Elle invite à réfléchir à la légitimité et la cohérence de ce double exercice dans un contexte de transformation du système de santé.

Mots-clés : Masseur-kinésithérapeute, Ostéopathe, Médecines alternatives et complémentaires (MAC), Evaluation des pratiques, Entretiens et questionnaires

Abstract

This thesis looks at the current position of the french physiotherapist - osteopath in 2024. It explores the motivations that lead physiotherapists to open up to osteopathic training, as well as the reality of their professional practice once this dual competence has been acquired.

Using a mixed methodology combining semi-directed interviews (8 practitioners) and questionnaires (276 responses), the study reveals a majority of mixed practices, combining kinesitherapy and osteopathy. However, some professionals turn to the exclusive practice of osteopathy, although this remains in the minority. Motivations range from a desire for a more holistic approach to the patient, to the search for greater therapeutic freedom, personal self-esteem and a better economic balance.

The study also highlights the ambivalent position of the MKO within the medical landscape, and the marginal place accorded to osteopathy within mixed practices. It invites us to reflect on the legitimacy and coherence of this dual practice in a context of transformation of the healthcare system.

Key-words : Physiotherapist, Osteopath, Complementary and alternative medicines (CAM), Practice assessment, Interviews and questionnaires