

Le virage épistémique de la formation en ostéopathie en France : trois illustrations (volet 1)

Sources de financement:
aucune

Les auteurs ne déclarent
aucun conflit d'intérêts
financier ou personnel
en rapport avec cet article.

Article reçu le 10 septembre 2024,
accepté le 15 octobre 2024.

The Epistemic Shift of Osteopathic Education in France: Three Examples

(Abstract on page 12)

Der epistemische Wandel der Osteopathieausbildung in Frankreich: drei Beispiele

(Zusammenfassung auf Seite 12)

Pierre-Luc L'Hermite¹ (DO, PhD, PhD cand.), Erwann Jacquot² (DO, MSc, PhD cand.),
Thibault Grall³ (DO, MSc)

Mains Libres 2025; 1: 7-14 | DOI: 10.55498/MAINSLIBRES.2025.01.1.007

MOTS-CLÉS formation / épistémique / virage / pédagogie

RÉSUMÉ

Introduction: les transformations relatives au paysage de l'enseignement de l'ostéopathie en France ont entraîné cette dernière décennie de profondes modifications au sein de la formation. Si la littérature contemporaine indique que certains aspects peinent à évoluer, d'autres en revanche invitent à aborder l'enseignement de l'ostéopathie de manière sensiblement différente.

Développement: il semblerait en effet qu'il existe actuellement un phénomène relevant d'un véritable virage épistémique. Il est possible de rendre compte de ce phénomène à travers l'analyse de trois éléments principaux qui correspondent au passage à un enseignement par compétences, à une lecture bio-psycho-sociale du-de la patient-e et à des discussions sur le statut épistémique de l'ostéopathie.

Discussion: le premier constat est de passer d'un enseignement plutôt magistral rendant les apprenant-es passif-ves à des modalités pédagogiques plus actives dans une dynamique d'un enseignement par compétence. Le deuxième est de transitionner d'une lecture biomédicale à l'inclusion des perceptions du-de la patient-e, ainsi que ses croyances et ses valeurs dans la prise en charge conformément aux exigences bio-psycho-sociales relatives à la personne. Le troisième est de sortir d'une conception dogmatique envisageant l'ostéopathie comme une philosophie en acceptant de discuter de son statut épistémique à l'aide de la littérature contemporaine.

Conclusion: le virage épistémique de la formation en ostéopathie est susceptible de s'illustrer par trois éléments majeurs permettant de mieux en saisir les enjeux et d'accompagner les enseignant-es dans leur transition vers des modèles pédagogiques plus performants.

¹ Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie (CEESO), Paris; IRPHIL Lyon; Cabinet d'ostéopathie, Toulouse, France

² Centre International d'Ostéopathie Lyon (CIDO), Saint-Etienne, France; Cabinet d'ostéopathie, France

³ ISOstéo Lyon, Ecully, France; Cabinet d'ostéopathie, Lyon, France.

Les deux articles de L'Hermite et al. (volets 1 et 2) se complètent en offrant une lecture critique de l'évolution de la formation en ostéopathie. Le premier volet explore le virage épistémique au sein de l'enseignement, mettant en évidence les changements pédagogiques et conceptuels majeurs, tandis que le second volet s'intéresse à l'intégration des données probantes dans la formation, illustrant une transition vers une approche plus scientifique et fondée sur des preuves. Ensemble, ils permettent de mieux comprendre les mutations actuelles et les défis futurs de l'ostéopathie en tant que discipline académique et clinique.

INTRODUCTION

Ces dernières décennies, le développement de l'ostéopathie a permis de constater qu'il existe une tendance à son épanouissement dans le paysage sanitaire des nombreux États où elle a fait l'objet d'une reconnaissance juridique⁽¹⁾. Cette intégration implique parfois son universitarisation (comme à l'Université libre de Bruxelles), ou des perspectives d'universitarisation⁽²⁾. Dans les pays où son institutionnalisation est moins développée, il existe dans son processus de juridicisation une régulation de son dispositif de formation. Celui-ci est d'ailleurs parfois suivi de modifications permettant de l'améliorer *a posteriori*. Tel est notamment le cas en France où la profession a été reconnue en 1962⁽³⁾, légalisée en 2002⁽⁴⁾ et dont les décrets d'application n'ont été publiés qu'en 2007⁽⁵⁾. Il est possible d'indiquer que ça n'est qu'en 2014^(6,7) que des réformes réglementaires se sont saisies plus sérieusement des enjeux de la formation et ont entrepris de procéder à des changements. Désormais, l'enseignement est supposément homogène sur le territoire français, obligeant à réaliser des études en cinq années pour un volume de 4 860 heures pour la formation initiale des ostéopathes exclusifs.

Nonobstant ces évolutions annonçant des transformations profondes de la formation en ostéopathie, plusieurs constats permettent d'indiquer que des difficultés demeurent malgré ces réformes. Ceux-ci concernent par exemple le rapport que les enseignant·es entretiennent avec les données probantes en concédant, pour la majorité, que leurs compétences sont modérément élevées en matière d'EBP⁽⁸⁾. De plus, il semblerait que les formateurs n'aient pas une connaissance approfondie des fondements de l'ostéopathie, manifestant une préférence pour la pratique personnelle en tant que légitimation de leur compréhension de la discipline⁽⁹⁾, les rendant moins à même d'adopter des points de vue éclairés sur les enjeux contemporains de l'ostéopathie.

Malgré ces observations empiriques, il est toutefois possible de remarquer un certain éveil à ces enjeux à la fois sur le plan disciplinaire⁽¹⁰⁾, ainsi que sur celui de la formation⁽¹¹⁾. À l'heure où la profession aborde un virage conceptuel au sujet de certains éléments qui faisaient historiquement partis de ses fondements⁽¹²⁾, des inconforts peuvent naître chez les formateurs. Ils se trouvent en effet face à ces modifications qu'ils sont supposés intégrer dans leurs pratiques enseignantes conformément à la réglementation en vigueur⁽¹³⁾, les faisant parfois cohabiter avec certains réflexes identitaires⁽¹⁴⁾ qui les invitent à résister à ces changements. Il nous semble que cette situation procède d'un véritable virage épistémique dont il conviendrait de se saisir afin d'éclairer la situation actuelle et permettre d'accroître sa compréhension. Il va sans dire que ces bouleversements sont nombreux et mériteraient assurément des explorations pluridisciplinaires en incluant des spécialistes de chaque domaine d'enseignements théoriques et pratiques relatifs à l'ostéopathie. Cette entreprise plus modeste se bornera à illustrer ce phénomène,

sans prétendre établir une analyse exhaustive de tous ces éléments, en nous demandant : Quels sont les éléments principaux permettant d'attester de l'existence d'un virage épistémique dans la formation en ostéopathie ? En effet, nous nous focaliserons sur trois aspects qui nous paraissent centraux dans sa compréhension : l'approche par compétence qui est venue transformer les pratiques enseignantes, le fait que la littérature contemporaine soutienne l'idée de considérer le-la patient·e comme un sujet pourvoyeur de connaissance pour l'ostéopathe et enfin que l'ostéopathie ne puisse raisonnablement être considérée comme une philosophie.

DÉVELOPPEMENT

Depuis plus d'une décennie, des études prennent pour objet l'identité professionnelle en ostéopathie aboutissant à des constats parfois déstabilisants questionnant la nature de la discipline⁽¹⁵⁾. Ceux-ci génèrent des inconforts se trouvant régulièrement confirmés de manière empirique, qui aboutissent à des conclusions souvent analogues dans plusieurs pays du monde : « La diversité en ostéopathie existe dans le cadre des exigences réglementaires et, en tant que profession, nous avons des tensions non résolues et profondément enracinées qui remettent en question les perceptions de notre identité collective »⁽¹⁶⁾. Ce qui renforce de surcroît l'intérêt de mener à bien des réflexions sur ces sujets parfois délicats. De plus, le fait que la littérature scientifique récente foisonne de questionnements de plus en plus orientés vers les fondements historiques de l'ostéopathie⁽¹⁷⁾ participe nécessairement au dévoilement d'une tension entre les deux polarités qu'il serait schématiquement possible de subsumer en tradition et modernité. C'est ce qui contribue probablement à expliquer la posture actuelle des formateurs, contribuant à la perpétuation de questions déjà soulevées par le passé, mais formalisées depuis une période plus récente portant sur l'épistémologie de l'ostéopathie⁽¹⁸⁾. Ces questionnements se sont récemment prolongés sur son statut épistémique en s'intéressant plus exactement aux dangers des pseudosciences gravitant autour de l'ostéopathie auxquels les formateurs doivent être particulièrement vigilants⁽¹⁹⁾.

C'est dans ce contexte que trois éléments témoignant du virage épistémique dans la formation en ostéopathie nous semblaient plus importants à aborder que les autres.

Le principal est étroitement lié aux textes réglementaires de 2014. En effet, le décret et l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie ont imposé une bascule d'un enseignement issu de courants béhavioristes vers un enseignement par compétences impliquant une pédagogie dite « active »⁽²⁰⁾. Ainsi, une façon nouvelle de créer des connaissances relatives à la discipline a émergé du fait des modalités nouvelles inhérentes aux pratiques enseignantes elles-mêmes dont il convient de fournir des éléments de réflexions.

Le deuxième porte sur un intérêt plus récent inhérent à la dimension phénoménologique de la discipline. Si ce terme est parfois employé de manière galvaudée par certains observateurs⁽²¹⁾, la phénoménologie demeure une approche susceptible de s'avérer fort opérationnelle dans le domaine de l'ostéopathie⁽²²⁾. Les données contemporaines invitent en effet à quitter le modèle biomédical pour adopter une image plus complexe de la personne appelée bio-psycho-sociale, incluant les perceptions propres du-de la patient-e et ses représentations.

Le troisième concerne un sujet tout à fait majeur qui consiste, pour beaucoup, à envisager l'ostéopathie comme une philosophie⁽²³⁾. L'examen de la littérature disciplinaire ne permet pas de conclure qu'il s'agit de l'aboutissement d'une argumentation sophistiquée, mais plutôt d'une revendication historique. Son statut épistémique n'a d'ailleurs pas sérieusement été discuté à ce jour, aboutissant naturellement à de grossières confusions entre la considérer statutairement comme une « philosophie » à part entière et imaginer qu'il soit possible de mener des réflexions sur une « philosophie de l'ostéopathie ». C'est-à-dire une philosophie prenant l'ostéopathie pour objet.

Ces trois témoins du virage épistémologique constituent des enjeux majeurs de la formation en ostéopathie et révèlent des difficultés susceptibles de se manifester à de nombreux niveaux, renforçant la nécessité de les clarifier.

DISCUSSION

I. L'impact de l'approche par compétences dans les pratiques enseignantes

En France, la publication en 2014 des décrets relatifs à la formation en ostéopathie semble être l'illustration d'un changement de direction pour la profession d'ostéopathe. Il est important de rappeler que cette réforme a concerné durant une même période et avec une base commune de référentiel compétences, différentes professions d'auxiliaires médicaux en soins infirmiers (2009), en ergothérapie (2010), en pédicurie-podologie (2012), en massokinésithérapie (2015). Bien qu'ostéopathes et chiropracticiens (2018) soient identifiés comme des pratiques de soins non conventionnelles, ce changement dans la formation est pourtant similaire à ce qui se passe dans les cursus pédagogiques de santé. En effet, le processus de Bologne influence les politiques nationales qui s'organisent, pour beaucoup, selon ces modalités : baccalauréat, master, doctorat autour de deux piliers. Le premier d'entre eux repose sur l'enseignement par compétences (non plus par objectifs) et le second est l'apprentissage tout au long de la vie. Les réformes juridiques relatives à la formation en ostéopathie s'inscrivent dans ces changements où il est possible de percevoir l'empreinte de l'environnement politique et sociétal relatif à l'institutionnalisation des professions. Ces bouleversements inscrivent désormais l'enseignement de l'ostéopathie dans un contexte français qui questionne la complexité de la professionnalisation⁽²⁴⁾ qu'il faut distinguer ici du modèle fonctionnaliste anglo-saxon. Effectivement, l'activité du-de la professionnel-le et notamment celle de l'enseignant-e est considérée en France comme une hybridation de différentes postures, entre ouvrier (la technicité de la pratique), artisan (les savoir-faire de praxis) ou ingénieur (la connaissance stratégique)⁽²⁵⁾. Cela permet de penser la professionnalisation comme une mixité et non pas

comme un idéal type unique. Cette démarche est certainement destinée à mieux organiser et structurer la formation de cliniciens de première intention dans un système de soin mais aussi de penser, ou de repenser, l'ingénierie de formation et des compétences du cursus⁽²⁶⁾ des professionnel-les dans une approche éthique d'agir en santé⁽²⁷⁾ et donc d'adapter ou aligner les pratiques pédagogiques.

Le modèle dominant est aligné sur l'approche par compétence et qualifié de pédagogie « active » impliquant une coconstruction et l'individualisation des parcours d'apprentissage, se centrant sur l'apprentissage de l'étudiant-e en incluant leur connexion aux outils numériques dans la mesure où il n'est plus tellement question de l'accessibilité aux savoirs, mais plutôt de l'intérêt de leurs apprentissages. À ce changement de rapport aux savoirs, s'ajoutent des modifications comportementales générationnelles⁽²⁸⁻³¹⁾ ou interprofessionnelles qui impactent la gestion de l'apprentissage dans les cursus.

On observe un détachement du modèle basé sur les cours magistraux plutôt associé au courant béhavioriste pour un apprentissage basé sur un courant socioconstructiviste, où les savoir(-faire/-agir/-être) sont mobilisés dans des situations diversifiées à la fois complexes et authentiques, ce qui permet ainsi de développer des compétences. Cette mutation s'accompagne par des équipes elles-mêmes composées de cliniciens réflexifs, ou ce que Bédard pourrait appeler des cliniciens chercheurs⁽³²⁾, mettant en place le référentiel par compétences^(33,34). Cela implique des modifications profondes quant à la posture des différents professionnel-les (enseignantes, coordinateur-ices, directeur-ices, chercheur-es...) nécessitant une phase transitionnelle et un accompagnement pour ces acteur-ices^(35,36). Les décrets prévoient justement cette professionnalisation. Les décrets reposent justement sur la professionnalisation des cadres afin de développer un véritable *continuum* entre la salle de classe et les bureaux de l'institution académique. Cela favorise ainsi une mise en dialogue entre la pédagogie (manière d'enseigner) et la didactique (organisation de l'apprentissage), grâce notamment aux coordinateurs pédagogiques. Une de leur mission principale est l'organisation du développement professoral⁽³⁷⁾ pour accompagner la professionnalisation des pratiques d'enseignement. Ce poste nécessite des ressources d'ingénierie de formation et des compétences, ainsi qu'une maîtrise des défis propres au milieu professionnel ostéopathique. Une approche psychosociale pourrait à cet égard s'avérer pertinente pour accompagner la transition entre « faire face » et « faire avec »⁽³⁵⁾. Plusieurs obstacles se dressent face à cette transformation dont l'identification, le triage et la hiérarchisation plus fine des connaissances qui supportent les apprentissages du fait de leur scientificité⁽³⁸⁾, conformément à un enseignement fondé sur les données probantes et non plus sur des opinions personnelles⁽³⁹⁾.

En somme, il serait possible d'indiquer que, chronologiquement, le référentiel compétence issue d'une traduction didactique professionnelle⁽⁴⁰⁾ aboutit nécessairement à une adaptation des programmes, des techniques d'apprentissage (appelée transposition pédagogique), et à une évolution des pratiques professionnelles. Une démarche itérative permet d'adoucir la frontière entre la théorie et la pratique, ce qui permettrait d'assurer une communication entre ces deux aspects de la formation afin de conserver une dynamique d'apprentissage en phase avec son environnement,

le tout *en action*. En 2024, les dix années consécutives aux réformes réglementaires portant sur la formation en ostéopathie devraient permettre de produire des améliorations eu égard à la réflexivité collaborative (institutions, chercheur·es, formateur·rices, étudiant·es, clinicien·nes et patient·es). Il s'agit de ne pas opérer de discontinuités trop brutales dans les pratiques enseignantes. En effet, il n'est pas rare de constater des attitudes d'incompréhension face à l'application des référentiels⁽⁴¹⁾, à l'enseignement basé sur les preuves⁽⁴²⁾ et cela à la fois par les cliniciens et les décideurs politiques. Un nouvel acteur semble impacter les débats, ceux que la société contemporaine qualifie de manière souvent méliorative de « créateurs de contenus » sur les réseaux sociaux, bien qu'il n'existe aucune instance de contrôle de ces contenus. Le risque serait de faire preuve d'un certain éliminativisme en appliquant de manière radicale une épistémologie positiviste de la science médicale qui ne tiendrait pas assez compte des valeurs humaines du soin à incorporer dans son cursus d'apprentissage⁽³⁹⁾, ou, pire encore, de confondre données probantes (ayant fait l'objet de contrôle par les pairs) et l'expression libre de tout contrôle que permet Internet. Il s'agirait d'une démarche réductrice, trop souvent du fait d'un défaut de compétences.

II. Le-la patient·e pourvoyeur·se de nouvelles connaissances à prendre en considération

Le virage épistémique de l'ostéopathie s'inscrit également dans une nouvelle manière d'envisager la place du-de la patient·e au sein de la consultation. Nous soutenons ici l'idée que l'*evidence-based practice* (EBP) propose ce virage en définissant formellement le rôle du-de la patient·e comme pourvoyeur·se de connaissances éclairant la prise en charge, notamment en contexte du soin ostéopathique. La prise de décision en santé reconnaît la centralité des préférences et des valeurs du-de la patient·e sur lesquelles elle repose. Cette centralité est partagée avec deux autres sources d'informations que sont les données probantes et l'expertise du clinicien⁽⁴³⁾; sources entre lesquelles il n'existe aucun rapport hiérarchique.

Le soin centré sur le-la patient·e reconnaît sa subjectivité, ses connaissances, ses représentations, son ressenti, ses besoins, ses attentes et ses préférences. Son statut passe alors d'objet de soin à sujet sensible connaissant. Draper-Rodi rappelle comment la reconnaissance d'un tel statut modifie les rapports de pouvoir au sein de la consultation ostéopathique entre le-la patient·e et le-la professionnel·le⁽⁴⁴⁾. Ce rapport de force basé sur l'opposition d'un savoir scientifique du-de la professionnel·le et d'un savoir profane du-de la patient·e s'inscrit historiquement dans le champ de la santé et explique la difficulté avec laquelle les contributions du-de la patient·e passent d'informations à connaissances; de croyances/convictions à savoir légitime⁽⁴⁵⁾.

Les préférences du-de la patient·e ne se limitent pas au recueil du consentement⁽⁴⁶⁾ ou aux options thérapeutiques disponibles⁽⁴⁷⁾. Notons par ailleurs que ces options sont elles-mêmes bornées par les compétences pratiques du thérapeute, témoignant de ses croyances dans un parti pris théorique sur les modalités techniques de l'ostéopathie. Il est ici crucial que l'ostéopathe reconnaisse le périmètre de son champ de compétence et en informe explicitement le-la patient·e, notamment en contexte pluriprofessionnel. L'approche EBP rend nécessaire la considération, l'écoute, et,

par conséquent, la place faite à l'exploration, tout en veillant à distinguer ces éléments d'une attitude purement empathique qui relèverait surtout d'une posture éthique. En somme, l'expression de la subjectivité du-de la patient·e est essentielle. En cela, elle sort la pratique ostéopathique d'un traitement reposant majoritairement sinon exclusivement sur les perceptions de l'ostéopathe. Le virage épistémique se loge alors dans le geste reconnaissant les perceptions de l'ostéopathe en tant qu'expressions de sa subjectivité sans en déduire automatiquement une correspondance au réel dans le corps du-de la patient·e. Cette mise de côté de l'accès au réel supposément objectif, et indépendant du sujet testant, ce que Husserl nomme la réduction phénoménologique⁽⁴⁸⁾, conditionne l'accès à la connaissance par l'analyse consciente des phénomènes pour eux-mêmes. En ostéopathie, le-la patient·e perçoit pour lui seul une altération de son état de santé, l'ostéopathe perçoit pour lui seul le corps du-de la patient·e.

C'est ce que dit Husserl : « la perception est perception d'un Je percevant », ou encore « l'ensemble du monde concret qui m'environne n'est plus pour moi, désormais, un monde existant, mais seulement "phénomène d'existence" »⁽⁴⁹⁾. Il n'existe donc pas de perception objective. Le refus de faire correspondre ces perceptions à une réalité objective, c'est-à-dire indépendante d'un sujet connaissant (ici le-la patient·e ou l'ostéopathe), permet d'envisager une pratique ostéopathique centrée sur le-la patient·e qui serait congruente avec le modèle EBP. La consultation est donc un référentiel d'espace et de temps au sein duquel deux subjectivités dialoguent, au sens dialectique. C'est par le langage que ces subjectivités s'expriment⁽⁵⁰⁾. Gadamer rappelle à ce propos que le langage porte déjà en lui un rapport subjectif à l'expérience vécue tout en permettant de collaborer sans nécessairement verser dans un relativisme inefficace : « Le langage est le milieu dans lequel se réalisent l'entente entre les partenaires et l'accord sur la chose même »⁽⁵¹⁾, la chose même étant ici la prise de décision en santé.

Par ailleurs, l'approche bio-psycho-sociale développée par Engel et explorée en ostéopathie notamment par Penney⁽⁵²⁾ insiste sur les limites d'une lecture réductionniste objectiviste des données de la consultation. Aussi, les modèles successifs d'objectivation des perceptions des ostéopathes et les modèles censés les sous-tendre peinent à rendre compte de cette objectivité⁽⁵³⁾. D'un autre côté, les déterminants psychosociaux sont de plus en plus prépondérants dans la compréhension des variations des états de santé, notamment dans la chronicisation des lombalgies par exemple⁽⁵⁴⁾, bien que leur usage en pratique clinique semble complexe⁽⁵⁵⁾. Ces développements invitent la profession à décentrer la prise de décision depuis un modèle biomédical reposant majoritairement sur l'objectivation du corps vers un modèle plus large, ménageant ainsi une place pour les connaissances du-de la patient·e à travers ses perceptions, ses valeurs, ses croyances, ses préférences. L'acceptation de telles connaissances heurte nécessairement l'éventuel caractère péremptoire de la grille de lecture du-de la professionnel·le⁽⁵⁶⁾. L'ostéopathe s'inscrit alors dans une démarche d'adaptation spécifique à chaque patient·e, et d'une prise en charge modulée par les représentations et l'expérience des deux sujets connaissant. La dépendance du traitement au-de la patient·e ne s'inscrit plus dans la spécificité des « dysfonctions ostéopathiques », ni dans un comportement spécifiquement empathique mais bien d'apports directs du-de la

patient·e reconnu·e comme central·e dans la consultation. Cette centralité constituerait selon nous une transition épistémologique menant à reconsidérer la place du·de la patient·e dans la consultation et conséquemment les déterminants de la prise en charge ostéopathique. Il convient en même temps de contourner l'écueil d'une lecture patient-centrée caricaturale qui serait de nature à éliminer le·la praticien·ne.

La structuration de l'ostéopathie en France dépourvue d'organe de régulation des dispositifs de formation postgradués fait reposer la prise en charge de ce virage épistémologique sur la formation initiale des ostéopathes, et à la marge des formations continues. À ce titre, la prépondérance du concept de « dysfonction ostéopathique » dans le cadre juridique de la formation initiale semble constituer un obstacle dans la mise en œuvre du décentrage. En effet, la littérature scientifique fait peser de sérieux doutes sur la cohérence⁽⁵⁷⁾ de ce qui a parfois été qualifié de fiction normative⁽¹⁴⁾. Les enseignantes en ostéopathie tentent néanmoins d'assumer cette bascule épistémologique en fondant leurs enseignements sur une mise à jour de ces concepts comme le référentiel de formation le demande: « Les principes et fondements de l'ostéopathie seront abordés avec une lecture critique au regard de l'apport des sciences et doivent être actualisés. »

III. L'ostéopathie ne saurait être considérée comme une philosophie

La question de l'existence d'une « philosophie » de l'ostéopathie est récurrente depuis ses origines. Deux des quatre livres d'Andrew Taylor Still, son fondateur, y font même explicitement référence dans leurs titres: « Philosophie de l'ostéopathie » en 1899 et « Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie » en 1902. Si son intérêt demeure central, c'est notamment parce qu'elle est considérée comme constitutive de la doctrine ostéopathique, bien qu'à notre connaissance, aucune démonstration sérieuse n'a pu être établie en ce sens. En dépit de leur fragilité, si certaines productions peuvent trouver une justification eu égard à leurs circonstances d'apparition historiques et géographiques⁽⁵⁸⁾, la totalité des autres sont des aveux de défaut de compétence eu égard à leurs prétentions⁽²³⁾. Ce qui peut être discuté en tant qu'héritage exploitable de cette doctrine est qualifié de « principes » de l'ostéopathie. Ceux-ci ont fait l'objet de trois conférences de consensus (en 1922, 1953 et 2002) et ont été discutés en 2011⁽⁵⁹⁾, puis de manière plus élargie en 2021 en s'interrogeant sur son identité⁽⁶⁰⁾. En France, la formation en ostéopathie prévoit que c'est au sein de l'unité d'enseignement 4.1 que sont dispensés les cours portant sur ce sujet. Il convient de noter qu'il n'est nullement fait référence à une quelconque « philosophie », mais que l'objectif est plutôt de chercher à « appréhender l'histoire et les bases conceptuelles sur lesquelles s'appuie l'ostéopathie »⁽⁶¹⁾. Pourtant, la persistance des interrogations autour de l'emploi du terme « philosophie » semble toujours agiter la profession. Cet engouement s'explique par deux conséquences principales qui impactent la formation en ostéopathie et, plus exactement, le virage épistémologique qui nous semble lui être associé:

- 1) fournir l'illusion d'une stabilité identitaire;
- 2) esquiver la rigueur qui accompagne la démarche scientifique.

En ce qui concerne le premier point, nous avons déjà expliqué que la prétendue stabilité de l'ostéopathie est une fiction⁽⁶²⁾.

Nous avons d'ailleurs proposé de l'envisager par une identité-*idem* et une identité-*ipse* afin d'adoucir les clivages de cette intangibilité illusoire⁽¹⁴⁾. En effet, la variabilité des statuts de l'ostéopathie ou les discussions actuelles sur ses fondements^(12,17) aboutissent, sans surprise, à des contours définitionnels délicats. Les écueils accompagnant le deuxième point sont multiples. Le premier argument est qu'il permet de fournir du crédit à des idées fallacieuses telles que des allégations thérapeutiques fantaisistes, ou encore des « méthodes » à validité empirique (dans l'utilisation sémantique la plus péjorative de cette locution⁽⁶³⁾). Cela pose désormais inévitablement la question du danger des dérives pseudoscientifiques qui en découlent⁽¹⁹⁾, bien que la question de la démarcation soit un domaine à part entière en philosophie des sciences⁽⁶⁴⁾ qui nourrit des réflexions très actuelles^(65,66). Un second argument est que l'emploi de la locution « philosophie » comme une alternative à la science n'est possible qu'en méconnaissance du fait que la philosophie est une science humaine et sociale. De ce fait, elle répond à des exigences singulières auxquelles il ne serait possible de se soustraire. Aussi, ce terme ne saurait être employé dans une revendication exonératoire à une démarche non conforme aux productions scientifiques. L'ostéopathie ne pourrait donc s'en revendiquer puisqu'il n'existe pas à ce jour de preuves permettant de lui attribuer cette épithète, à l'inverse, par exemple, du positivisme ou du structuralisme. Cela ne signifie pas pour autant qu'il soit impossible de prendre l'ostéopathie pour objet et de procéder à une « philosophie de l'ostéopathie », de la même manière qu'il existe une « philosophie de la médecine »^(67,68). À ce titre, il est possible de discuter de son épistémologie régionale⁽¹⁰⁾ en incluant des réflexions sur son histoire, son efficacité, ses mécanismes d'action, voire même sa place au sein de la prise en charge pluridisciplinaire⁽⁶⁹⁾.

En somme, beaucoup de formateurs mobilisent encore le terme « philosophie » pour faire référence à l'ostéopathie, bien qu'en réalité, il s'agisse davantage d'une échappatoire destinée à asseoir la légitimité d'une approche qui se maquille indûment avec du lexique savant. Tel est le cas par exemple de l'emploi du terme « phénoménologie » qui, bien qu'il soit inadéquat à la démonstration de l'auteur en question, cherche à crédibiliser une dimension spirituelle qu'il associe à l'ostéopathie⁽²¹⁾; ou de l'utilisation du terme « vitalisme »⁽⁷⁰⁾ en méconnaissance de la littérature savante ne serait-ce que depuis Georges Canguilhem⁽⁷¹⁾ au XX^e siècle, jusqu'aux discussions doctrinales plus récentes⁽⁷²⁻⁷⁴⁾. Il faudrait préciser, comme nous l'avons déjà démontré, que l'emploi du terme « philosophie » est à mettre originellement sur le compte du faible niveau d'instruction de Still en comparaison aux productions académiques qui lui étaient contemporaines⁽¹⁴⁾. Il ne semble donc pas possible à ce jour de pouvoir en justifier autrement qu'à travers des propositions simplistes qui ne sont pas conformes aux standards de ce domaine⁽⁷⁵⁾. Cela s'explique aisément par le fait qu'elles sont émises par des personnes en défaut de qualifications en la matière, conformément à ce que le Pr Gueullette avait déjà identifié en 2014 comme des productions où le contenu « rend rarement rigoureuse l'argumentation » et où les textes sont rédigés dans un style peu sophistiqué⁽⁷⁶⁾. Pendant longtemps, les formateurs en ostéopathie pouvaient ainsi se réfugier derrière l'étendard d'une ostéopathie considérée à tort comme une « philosophie » fruste pour contourner des questions déstabilisantes de certaines apprenantes. C'est probablement ce qui explique la propagation de mythes qui font aujourd'hui l'objet d'investigations

(mythe de la lésion ostéopathique, mythe des os du crâne qui bougent, mythe de la pureté, etc.)⁽⁷⁷⁾. Désormais, le cadre de la formation française impose dans sa compétence 5 que l'enseignement repose sur des connaissances scientifiques. Cette volonté procède d'un virage épistémologique qui semble avoir été initié en 2014 et qui se poursuit grâce à un rehaussement du niveau d'exigence. Ce dernier modifie jusqu'au langage façonnant une démarche dont la finalité demeure l'amélioration de la prise en charge des personnes par la montée en compétence des professionnelles. Le fait de maquiller indûment l'ostéopathie en « philosophie » relevait alors essentiellement d'une pirouette rhétorique. Ces attitudes peuvent aujourd'hui trouver dans la clarification de ces concepts des vertus salvatrices au service de la pédagogie.

CONCLUSION

Depuis 2014, il est possible d'attester de l'existence d'un virage épistémique inhérent à la formation en ostéopathie en France. S'il est possible de trouver plusieurs illustrations de ce processus, trois changements principaux ont été appréhendés. Il s'agit d'abord du passage d'un enseignement magistral (pédagogie passive) à un enseignement par compétence (pédagogie active), puis le passage d'un modèle biomédical à une approche biopsychosociale incluant les perceptions du-de la patiente et ses représentations et enfin d'une axiomatisation de l'ostéopathie en tant que philosophie à des discussions sur son statut épistémique. Se saisir de ces changements et les discuter devrait permettre une amélioration de la prise de conscience des enjeux pédagogiques qui les accompagnent dans le but d'accompagner les pédagogues dans l'amélioration de la qualité des pratiques enseignantes. Certaines études mériteraient d'être menées sur le terrain afin d'attester de l'évolution de ces transformations.

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

- La compréhension des enjeux de la formation doit être améliorée en identifiant ses changements épistémiques.
- Fournir aux formateurs des outils rassérénant au sujet de la connaissance disciplinaire.
- Les inconforts des formateurs associés à la phase de transition doivent être accompagnés.

Contact

Pierre-Luc L'Hermite | pierreluclhermite@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: The transformation of the osteopathic education landscape in France has led to profound changes in training over the last decade. While contemporary literature indicates that some aspects are struggling to evolve, others invite us to approach the teaching of osteopathy in a significantly different way.

Development: The current phenomenon is part of an epistemic shift. Through analysis, three main elements are delineated: the transition to competency-based teaching,

a biopsychosocial reading of the patient and discussions on the epistemic status of osteopathy.

Discussion: The first element involves the move from lecture-based teaching, which makes learners passive, to more active pedagogical methods in a competency-based teaching dynamic. The second facet incorporates the transition from a biomedical reading to the inclusion of the patient's perceptions, beliefs and values, facilitating care that aligns with the biopsychosocial requirements of the person. The third comprises deviating from a dogmatic conception that regards osteopathy as a philosophy by considering its epistemic status with the help of contemporary literature.

Conclusion: The epistemic shift in osteopathic training is illustrated by these three major elements that allow us to better understand the issues at stake and support teachers in transitioning to more effective pedagogical models.

KEYWORDS Training / epistemic / shift / pedagogy

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: Die Veränderungen in der Osteopathie in Frankreich haben in den letzten zehn Jahren zu tiefgreifenden Veränderungen in der Ausbildung geführt. Während in der zeitgenössischen Literatur darauf hingewiesen wird, dass sich einige Aspekte der Ausbildung nur schwer weiterentwickeln können, wird auf der anderen Seite dazu aufgefordert, die Lehre der Osteopathie auf eine deutlich andere Art und Weise anzugehen.

Entwicklung: Es scheint derzeit ein Phänomen zu geben, das Teil einer echten epistemischen Verschiebung ist. In der Analyse zeigt sich, dass es drei Hauptelemente gibt, die übereinstimmen: der Übergang zu einer kompetenzorientierten Lehre, eine biopsychosoziale Perspektive in Bezug auf den Patienten und Diskussionen über den epistemischen Status der Osteopathie.

Diskussion: Die erste Beobachtung besteht darin, von einem eher vorlesungsbasierten Unterricht, in dem die Lernenden passiv bleiben, zu aktiveren pädagogischen Methoden in der Dynamik eines kompetenzbasierten Unterrichts überzugehen. Die zweite besteht darin, von einer biomedizinischen Perspektive zur Einbeziehung der Wahrnehmungen, der Überzeugungen und der Werte des Patienten in das Management in Übereinstimmung mit den biopsychosozialen Anforderungen an die Person zu wechseln. Die dritte besteht darin, sich von einer dogmatischen Auffassung zu lösen, die die Osteopathie als Philosophie betrachtet, und sich stattdessen bereit zu erklären, ihren epistemischen Status mit Hilfe der zeitgenössischen Literatur zu diskutieren.

Schlussfolgerung: Der epistemische Wandel in der osteopathischen Ausbildung lässt sich anhand von drei Hauptelementen veranschaulichen, die es ermöglichen, die anstehenden Probleme besser zu verstehen und Lehrkräfte bei ihrem Übergang zu effektiveren pädagogischen Modellen zu unterstützen.

SCHLÜSSELWÖRTER

Ausbildung / Epistemisch / Wende / Pädagogik

Références

1. European Federation and Forum for Osteopathy. Regulation of Osteopathic Profession in Europe [Internet]. [cited 2024 Sept 8]. Available from: <https://oialliance.org/wp-content/uploads/2021/10/2021-Regulation-of-Osteopaths-Europe-FINAL.pdf>.
2. Office des professions du Québec. Avis sur l'opportunité de constituer un ordre professionnel des ostéopathes [Internet]. [cited 2024 Sept 8]. Available from: http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Avis/2022-23_011_Avis-ostéopathes-07-06-2022.pdf.
3. République française. Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par les directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000802880/>.
4. République française. Article 75. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031549014/.
5. République française. Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes. [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000644998/2022-04-19/>.
6. République française. Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029894161/>.
7. République française. Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie. [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029894219/>.
8. Mhadhbi H, Ménard M, Morin C, Wagner A, Delaurière F, Kamppila LL, et al. Attitudes, compétences et utilisation de la pratique fondée sur les preuves des ostéopathes qui enseignent: une enquête transversale menée dans deux instituts français de formation. *Mains libres*. 2023;323:155-65.
9. Braccini V, Garnier F, Durat L. La professionnalisation des formateurs dans le cas d'un métier en devenir, celui d'ostéopathie. *Formation emploi*. 2020;149:87-111.
10. L'Hermite PL, Garnier F. Introduction à l'épistémologie d'une science ostéopathique. *La Revue de l'ostéopathie*. 2022;27:15-20.
11. Burguete E, Nourry J, Brière F, Ropert J, Scribans C. L'amélioration de la scientificité de la formation en ostéopathie: une porte vers la recherche scientifique? *La Revue de l'ostéopathie*. 2021;26:5-14.
12. Thomson O, MacMillan A. What's wrong with osteopathy? *Int J Osteopath Med*. 2023;48:100659.
13. République française. Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029894219/>.
14. L'Hermite PL. The double facets of osteopathy's identity. *Int J Osteopath Med*. 2024;52:100715.
15. Clarkson H, Thomson O. "Sometimes I don't feel like an osteopath at all". A qualitative study of final year osteopathy students' professional identities. *Int J Osteopath Med*. 2017;26:18-27.
16. Phillips A. Professional identity in osteopathy: A scoping review of peer-reviewed primary osteopathic research. *Int J Osteopath Med*. 2022;45:22-37.
17. Hidalgo D, MacMillan A, Thomson O. "It's all connected, so it all matters" – the fallacy of osteopathic anatomical possibilism. *Int J Osteopath Med*. 2024;52:100718.
18. L'Hermite PL. Introduction à la science ostéopathique – Approche épistémologique. Paris: Ellipses; 2020.
19. Thomson O, Martini C. Pseudoscience. A skeleton in osteopathy's closet? *Int J Osteopath Med*. 2024;52:100716.
20. Quesnay P, Poumay M, Gagnayre R. Accompagner la mise en œuvre de l'approche par compétences dans les formations en santé: perspectives d'une stratégie de changement pragmatique portée par un individu tertiaire dans un institut de formation en ostéopathie. *Pédagog Med*. 2022;23(1):49-67.
21. Comeaux Z. Méta-ostéopathie. Un regard moderne sur les fondements de l'ostéopathie. Avignon: Tita Éditions; 2018.
22. Banton A, Vogel S. Relational clinical practice: A hermeneutic, enactive, intersubjective model of osteopathy. *Int J Osteopath Med*. 2024;51:100707.
23. Fulford R. Sommes-nous sur la voie? Une contribution originale à la philosophie et à la pratique de la médecine ostéopathique. Vannes: Sully; 2017.
24. Wittorski R. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2022.
25. Bourdoncle R. Note de synthèse: La Professionnalisation des enseignants: les limites d'un mythe. *Rev Fr Pedagog*. 1993;105(1):83-119.
26. Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé? Enseignants, formateurs, maîtres de stages. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2015.
27. Parent F, Aiguier G, Berkesse A, Reynaerts M, Rolland F, Wardavoire H, et al. Penser l'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé au regard d'une perspective épistémologique de «l'agir-en-santé». *Pédagog Med*. 2018;19(3):127-35.
28. Boulé F. Hautement différente: la génération Y, un défi de taille pour l'enseignement médical. *Pédagog Med*. 2012;13(1):9-25.
29. Toothaker R, Taliaferro D. A phenomenological study of millennial students and traditional pedagogies. *J Prof Nurs*. 2017;33(5):345-9.
30. Roberts DH, Newman LR, Schwartzstein RM. Twelve tips for facilitating Millennials' learning. *Med Teach*. 2012;34(4):274-8.
31. Lerchenfeldt S, Attardi SM, Pratt RL, Sawarynski KE, Taylor TAH. Twelve tips for interfacing with the new generation of medical students: iGen. *Med Teach*. 2021;43(11):1249-54.
32. Bédard D, Béchard JP. Innover dans l'enseignement supérieur [Internet]. [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. Available from: <http://www.cairn.info/innover-dans-l-enseignement-superieur--9782130571476.htm>
33. Quesnay P, Poumay M, Gagnayre R. Accompagner la mise en œuvre de l'approche par compétences dans les formations en santé: perspectives d'une stratégie de changement pragmatique portée par un individu tertiaire dans un institut de formation en ostéopathie. *Pédagog Med*. 2022;23(1):49-67.
34. Jouquan J, Bail P. À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? *Pédagog Med*. 2003;4(3):163-75.
35. Perez-Roux T. Transition professionnelle. In: Jorro A, éd. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2022:433-437.
36. Mulin T. Posture professionnelle. In: Jorro A. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2022.
37. Mclean M, Cilliers F, Van Wyk JM. Développement professionnel: hier, aujourd'hui et demain Guide AMEE n° 36. *Pédagog Med*. 2014;15(3):183-237.
38. MacMillan A, Gauthier P, Alberto L, Gaunt A, Ives R, Williams C, et al. The extent and quality of evidence for osteopathic education: A scoping review. *Int J Osteopath Med*. 2023;49:100663.
39. Pelaccia T. Des pratiques éducatives fondées sur les opinions aux pratiques éducatives fondées sur les preuves. *Pédagog Med*. 2019;20(2):55-6.
40. Pastré P, Mayen P, Vergnaud G. La didactique professionnelle. *Rev Fr Pedagog*. 2006;(154):145-98.
41. Frappé P. Les référentiels et leur non-application en médecine générale. *Trib Santé*. 2020;64(2):49-59.
42. Gay B, Beaulieu MD. La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve: de la pratique à l'enseignement. *Pédagog Med*. 2004;5(3):171-83.
43. Sackett D, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-72.
44. Draper-Rodi J. Le mythe de la prise en charge holistique. In: L'Hermite PL. Mythologies ostéopathiques. Paris: L'Harmattan; 2024.
45. Halloy A, Simon E, Hejoaka F. Defining patient's experiential knowledge: Who, what and how patients know. A narrative critical review. *Social Health Illn*. 2023; 45(2):405-422.
46. L'Hermite PL. Le consentement en «médecine» manuelle. *RDS*. 2023;111.
47. Kelly M, Heath I, Howick J, Greenhalgh T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Med Ethics*. 2015;16(1):69.
48. Husserl E, Lavigne JF. Idées directrices pour une phénoménologie pure et une philosophie phénoménologique. Paris: Gallimard; 2018.
49. Husserl E. Chose et espace: leçons de 1907. Paris: Presses universitaires de France; 1989.

- 50.** Gadamer HG. La philosophie herméneutique. Paris: Presses universitaires de France; 2008.
- 51.** Gadamer HG. Vérité et méthode: les grandes lignes d'une herméneutique philosophique. Paris: Éditions du Point; 2018.
- 52.** Penney N. The Biopsychosocial model: Redefining osteopathic philosophy? *Int J Osteopath Med.* 2013;16(1):33-37.
- 53.** Vaucher P. Ostéopathie et rationalité scientifique: la place des tests dans le traitement ostéopathique. *Main Libres.* 2016;33(1):33-37.
- 54.** Darlow B. Beliefs about back pain: The confluence of client, clinician and community. *Int J Osteopath Med.* 2016;20:53-61.
- 55.** Mescouto K, Olson Rebecca, Hodges P, Setchell J. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disabil Rehabil.* 2022;44(13):3270-3284.
- 56.** Thomson O, Petty N, Moore A. Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy. *Int J Osteopath Med.* 2013;16(1):25-32.
- 57.** Fryer G. Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum. *Int J Osteopath Med.* 2016;22:52-63.
- 58.** Hulett GD. Manuel de principes de l'ostéopathie. Vannes: Sully; 1903.
- 59.** Fryer G. Call for papers: an invitation to contribute to a special issue on osteopathic principles. *Int J Osteopath Med.* 2011;14(3):79-80.
- 60.** Vogel S. W(h)ither osteopathy: A call for reflection: a call for submissions for a special issue. *Int J Osteopath Med.* 2021;41:1-3.
- 61.** Annexes de l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie [Internet]. [cited 2024 Sept 9]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029894219>.
- 62.** L'Hermite PL. Les difficultés inhérentes aux représentations de l'ostéopathie. *Revue Médecine et Philosophie.* 2023;9:55-66.
- 63.** L'Hermite PL. La preuve médicale au xxi^e siècle. Paris: L'Harmattan; 2022.
- 64.** Galison P, Stump D. The disunity of science. *Boundaries, Contexts, and Power.* Stanford: Stanford University Press; 1996.
- 65.** Debray S. La définition de la pseudoscience chez Sven Ove Hansson: Enjeux, limites, perspectives. *Lato Sensus.* 2023;10(1):13-23.
- 66.** Fernandez-Beanato D. A working scientific demarcation. Bristol: University of Bristol; 2022.
- 67.** Bunge M. Philosophie de la médecine. Concepts et méthodes. Paris: Matériologiques; 2019.
- 68.** Gaille M. Philosophie de la médecine. Frontière, savoir, clinique. Paris: Vrin; 2011.
- 69.** Marangelli G, Tavernier P, L'Hermite PL. Coopération interprofessionnelle entre ostéopathes et pédiatres. *Perfectionnement en pédiatre.* Août 2024. <https://www.em-consulte.com/article/1680547/cooperation-interprofessionnelle-entre-osteopathes>
- 70.** Handoll N. Anatomie de la puissance vitale. Vannes: Sully; 2012.
- 71.** Canguilhem G. Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie. Paris: Vrin; 2002.
- 72.** Donohue C, Wolfe C. Vitalism and it's legacy in Twentieth Century Life Sciences and Philosophy. Cham: Springer; 2023.
- 73.** Méthot PO (dir.). Vital norms: Canguilhem's The Normal and the Pathological in the Twenty-First Century. Paris: Hermann; 2020.
- 74.** Wolfe C. La philosophie de la biologie avant la biologie. Une histoire du vitalisme. Paris: Classiques Garnier; 2019.
- 75.** Tricot P. Approche tissulaire de l'ostéopathie. Un modèle du corps conscient. Vannes: Sully; 2002.
- 76.** Gueullette JM. L'ostéopathie une autre médecine. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2014.
- 77.** L'Hermite PL. Mythologies ostéopathiques. Paris: L'Harmattan; 2024.