



HAL
open science

Le référentiel du masseur-kinésithérapeute et du masseur-kinésithérapeute-ostéopathe

Pascal Roquet, Franck Gatto

► **To cite this version:**

Pascal Roquet, Franck Gatto (Dir.). Le référentiel du masseur-kinésithérapeute et du masseur-kinésithérapeute-ostéopathe. Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2012. hal-04249840

HAL Id: hal-04249840

<https://hal.science/hal-04249840>

Submitted on 19 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

**LE REFERENTIEL DU MASSEUR-
KINESITHERAPEUTE (MK) ET DU
MASSEUR-KINESITHERAPEUTE
OSTEOPATHE (MKO)**

12 10 12

Groupe d'experts :

Luc BouSSION

Jean-François Dumas

Franck Gatto

Tristan Livain

Jacques Lapoumérioulie

François Maignien

Pascale Mathieu

Georges Papp

Eric Pastor

Patrice Proietti

Xavier Raffalli

Corinne Rodzik

Pascal Roquet

Jacques Vaillant

Coordination du groupe d'experts et des travaux : Pascal Roquet et
Franck Gatto

Préface

La construction de ce référentiel s'inscrit dans une démarche collective de recherche scientifique et technique organisées par le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. La rencontre entre une qualité reconnue des pratiques professionnelles exercées par les Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) et les Masseurs-Kinésithérapeutes-Ostéopathes (MKO) et la mobilisation de savoirs théoriques pour l'exercice de ces professions constitue la garantie de l'expertise réflexive et technique développée par les MK et les MKO pour assurer la qualité des soins et la sécurité du patient. Cette ligne de « conduite » a permis de structurer ce référentiel en trois parties articulées qui donnent sens aux compétences professionnelles développées par les MK et les MKO dans une formation de haute qualité en lien avec des références scientifiques et réglementaires existantes dans les milieux académiques et professionnels. La première partie propose un cadrage historique et juridique des activités des MK et des MKO qui circonscrit celles-ci dans l'exercice de professionnels de santé reconnus. Le référentiel en lui-même est présenté dans la seconde partie à partir d'une triple articulation : actes professionnels / activités professionnelles / compétences professionnelles des MK et des MKO. L'originalité est d'associer explicitement cette référentialisation à un processus de formation relié à des savoirs scientifiques et réglementaires reconnus par le biais d'une base bibliographique. Enfin la troisième partie révèle la construction de rôles professionnels destinés à mettre en avant la temporalité des processus de professionnalisation dans l'exercice d'un professionnalisme reconnu. Finalement cette démarche collective qui a permis la réalisation de ce référentiel s'inscrit dans une réflexion éthique menée par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et dans une démarche d'expertise permettant de nommer et de faire exister les savoirs scientifiques et réglementaires sur lesquels s'appuient les MK et les MKO pour créer dans l'action de soin avec le patient des pratiques référencées de très haute qualité.

La construction de ce solide référentiel à partir des travaux produits par le groupe d'experts que j'ai coordonné avec Franck Gatto doit servir de socle à la création d'une discipline et à une meilleure reconnaissance administrative, scientifique et politique des MK et des MKO.

Pascal Roquet

Professeur titulaire des Universités

Directeur du département des Sciences de l'Éducation

de l'Université Paul Valéry – Montpellier 3

SOMMAIRE

Introduction générale

1^{ère} Partie : Les MK et les MKO : des professionnels de santé reconnus

Introduction

1) Le MK en exercice

1.1) La définition de l'activité du MK

1.2) Le développement historique de l'exercice du MK

1.2.1) Les temps antiques

1.2.2) L'éclipse du Moyen Age

1.2.3) La renaissance du massage médical

1.2.4) Du métier de masseur à la profession de masseur-kinésithérapeute : le tournant de la première guerre mondiale

1.3) Les conditions d'exercice actuelles de la masso-kinésithérapie.

1.3.1) Le champ d'intervention et la population concernée.

1.3.2) Le contexte d'intervention.

1.4) Le cadre juridique d'exercice actuel de l'activité du MK

1.4.1) La responsabilité d'ordre pénale, civile, administrative et disciplinaire.

1.4.1.1) La responsabilité pénale : la faute constitutive d'une infraction

1.4.1.2) La responsabilité civile : responsabilité pécuniaire

1.4.1.3) La responsabilité administrative

1.4.1.4) La responsabilité disciplinaire

1.4.1.5) La nouvelle responsabilité sans faute

1.4.2) Les codes qui règlementent la profession de masseur-kinésithérapeute

1.4.3) Le Code de la Santé Publique

1.5) Le cadre de la formation du MK

1.6) Le MK : un professionnel de santé compétent

2) Le MKO en exercice

2.1) La définition de l'activité de l'ostéopathie du MKO

2.2) Le développement historique de l'exercice de l'ostéopathie pour le MKO

2.3) Le cadre juridique d'exercice de l'activité du MKO

2.3.1) Les textes réglementant l'ostéopathie

2.3.2) Les compétences légales du MKO

2.4) L'exercice professionnel comparé des MK et MKO

2.5) Le cadre de la formation du MKO

2.6) Le MKO : un professionnel de santé compétent

Conclusion

2^e Partie : Le référentiel MK/MKO

Introduction :

1) Le cadre théorique de définition du référentiel

2) Les bases méthodologiques pour la construction de l'articulation :

Activités/Actes/Compétences

1) Le référentiel MK

1.1) Les liens entre actes et activités

1.1.1) Les activités spécifiques aux MK

1.1.2) Les activités génériques

1.1.3) Le référentiel des Activités et Actes Kinésithérapiques

1.1.4) Les activités identiques à celles des MKO

1.2) La construction des compétences du MK

1.2.1) Les compétences propres

1.2.2) Le contenu des compétences

1.3) Les compétences annexes (communes avec d'autres professions de santé)

1.4) Le Référentiel des Activités, des Actes et des compétences en Kinésithérapie

1.5) La construction du cursus de formation en MK

1.6) L'articulation Formation/Savoirs en MK

2) Le référentiel MKO

2.1) Les liens entre actes et activités

2.2) La construction des compétences du MKO

2.3) La construction des compétences communes au MK et au MKO

2.4) Le Référentiel des Activités, des Actes et des compétences du MKO

2.5) La construction du cursus de formation en MKO

2.6) L'articulation Formation/Savoirs en MKO

Conclusion

3^{ème} Partie : les rôles professionnels des MK et des MKO

Introduction

La définition des rôles professionnels MK et MKO

1) Les 6 rôles professionnels repérés chez les MK/MKO

- 1.1) Expert
- 1.2) Praticien
- 1.3) Educateur
- 1.4) Formateur
- 1.5) Gestionnaire
- 1.6) Responsable au regard de la déontologie professionnelle

2) Les définitions des compétences « principales » des six rôles professionnels

- 2.1) Expert
- 2.2) Praticien
- 2.3) Educateur
- 2.4) Formateur
- 2.5) Gestionnaire
- 2.6) Responsable au regard de la déontologie professionnelle

3) Les compétences utilisées par le MK dans l'exercice de ses différents rôles professionnels

- 3.1) Expert
- 3.2) Communicant
- 3.3) Collaborateur
- 3.4) Gestionnaire
- 3.5) Défenseur
- 3.6) Praticien érudit
- 3.7) Professionnel

4) Les compétences utilisées par le MKO dans l'exercice de ses différents rôles professionnels

- 4.1) Expert
- 4.2) Praticien

- 4.3) Educateur
- 4.4) Formateur
- 4.5) Gestionnaire
- 4.6) Responsable au regard de la déontologie professionnelle
- 4.7) Conclusion

Conclusion générale

ANNEXES

1) Références juridiques

- 1.1) Code de la santé publique
 - 1.1.1) Dispositions législatives
 - 1.1.2) Dispositions règlementaires
- 1.2) Code pénal
- 1.3) Code civil
- 1.4) Textes de loi
- 1.5) Décrets
- 1.6) Arrêtés

2) Références bibliographiques

- 2.1) Références MK
- 2.2) Références MKO
- 2.3) Références MK et MKO

1^{ère} Partie : Les MK et les MKO : des professionnels de santé reconnus

Introduction

L'exercice professionnel du MK et l'exercice professionnel du MKO s'inscrivent dans une dynamique professionnelle commune située dans un cadre juridique précis. Cet exercice s'inscrit dans l'histoire de cette profession mais également dans des pratiques réflexives développées depuis plusieurs décennies par ces professionnels de santé. Définir ce cadre professionnel répond aujourd'hui à des enjeux de légitimité et de reconnaissance professionnelle. Dans cette partie seront abordées successivement les dimensions suivantes : la définition de l'activité du MK et du MKO, le développement de l'exercice du MK et de l'ostéopathie pour le MKO, le cadre juridique de l'activité du MK et du MKO, le cadre de formation du MK et du MKO, la définition du professionnel de santé compétent spécifique au MK et au MKO

1) Le MK en exercice

Au-delà de ses activités d'exercice thérapeutique, « *selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. Ces actions concernent en particulier :*

1° La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;

2° La contribution à la formation d'autres professionnels,

3° La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;

d) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;

e) *La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive* ».

(Article R4321-13 du code de la santé publique).

1.1) La définition de l'activité du MK

Aujourd'hui la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute est précisée par l'article L4321-1 du code de la santé publique selon lequel : « *La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseur-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession* ». Pour autant il a été démontré par des études scientifiques auprès d'un échantillon représentatif de 2678 masseurs-kinésithérapeutes que cette définition ne correspond plus à l'état actuel de la profession sur le plan des pratiques et des savoirs mobilisés. A partir de ce constat l'Ordre a construit une définition plus en phase avec la réalité.

Elle définit la masso-kinésithérapie (physiothérapie) comme : « *une discipline de santé et une science clinique. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne humaine à tous les âges de la vie, que ce soit dans un but thérapeutique ou pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes. Les interventions de masso-kinésithérapie s'inscrivent dans les politiques de santé et participent aux actions de santé publique.*

Tenant compte de l'activité des autres professions de santé, la masso-kinésithérapie met au cœur de sa pratique le patient et vise à le rendre coauteur dans la gestion de ses capacités fonctionnelles, de son autonomie et de sa santé ».

1.2) Le développement historique de l'exercice du MK

Issue de pratiques millénaires, notamment dans les thermes romains, la masso-kinésithérapie trouve ses racines les plus récentes dans le néoclassicisme à la fin du XVIIIe et dans le développement hygiéniste au XIXe siècle. D'abord pratiquées par les médecins, ces

techniques sont déléguées à de nouveaux professionnels. En effet, les 3 millions de blessés de la guerre de 1914-1918, nécessitent le développement de la réhabilitation.

En 1923, le Diplôme d'Etat d'Infirmier-Masseur est créé. Suivront les créations en 1932 du D.E de professeur de culture physique médicale, en 1942, du DE de moniteur de gymnastique médicale et en 1943 du DE de masseur médical.

C'est la fusion en 1946 de ces différents métiers qui donnera naissance à la profession de masseur-kinésithérapeute.

1.2.1) Les temps antiques

Les grecs et les romains se faisaient déjà masser. Les thermes présents dans la plupart des villes romaines comprenaient des salles destinées aux bains chauds, aux bains froids, aux massages et aux activités gymniques. Ces orientations sont devenues, quelques siècles plus tard, les fondements de l'activité des premiers masseurs-kinésithérapeutes (massage, balnéothérapie, kinésithérapie – thérapie par le mouvement). Mais à l'époque romaine, ces pratiques destinées à l'hygiène du corps étaient limitées aux thermes et aux jeux du stade.

1.2.2) L'éclipse du Moyen Age

La création des universités (Montpellier en 1220 et Paris en 1253) ne permet pas de faire évoluer la situation de sclérose du savoir médical. Elles préservent les dogmes en vigueur. Ce piétinement du savoir s'explique par l'atmosphère régnant dans les universités médiévales et par « l'emprise » de l'Eglise à cette période¹ qui justifie vraisemblablement cet état de fait et la disparition de toutes les pratiques corporelles dont le massage. Ainsi l'entrée de la France dans le Moyen Age voit la disparition de son usage.

La situation en Orient à l'égard du massage est très différente. Un événement historique à première vue anodin va provoquer au Japon une situation particulière. Vers la fin du IXème siècle, la naissance d'un fils aveugle de l'empereur Kokan Tenno apporta des conséquences inattendues pour l'activité de massage. En effet, « *voulant distraire son fils, l'empereur fit appeler dans son palais huit cents aveugles. Dès lors, les faveurs du prince se répandirent sur tous les aveugles de l'empire. (.../...) Aussi, le développement du massage par les aveugles fut encouragé par le gouvernement et par une société d'assistance. On s'est avisé d'utiliser la*

¹ Ph. Adam, C. Herzlich, 1994, pp. 27-28.

finesse de leur toucher et leur discrétion forcée qui leur permettait de masser les femmes. La profession de masseur devint comme une sorte de monopole de fait de l'aveugle, au point que dans le pays, on dit communément un "amma", c'est-à-dire masseur pour désigner un aveugle »². Mais au-delà de cette particularité régionale, le massage et les techniques manuelles restent dans nombres de pays d'Asie à la base de la « médecine ». C'est notamment le cas en Chine et en Thaïlande.

1.2.3) La renaissance du massage médical

L'impulsion de l'Etat va être déterminante dans l'évolution de la médecine française. La création, en 1778, de la Société Royale de Médecine, suivie de la réforme des études médicales et de la multiplication des hôpitaux, constituent une véritable première forme de politique de santé. En effet, si pendant ce temps, le « massage » est en sommeil, la transformation de la médecine va permettre une nouvelle base de la demande et de l'exercice du massage. Ce n'est qu'à la fin du XVIIIème siècle que la médecine se singularise des guérisseurs et des charlatans.

Pour notre pays, la réapparition du massage se fait plus tardivement qu'au Japon, à l'époque du néoclassicisme. La redécouverte des valeurs artistiques et littéraires de l'époque classique s'accompagne d'une réintroduction de certains usages. Durant cette période, à la fin du XVIIIème siècle et au début du XIXème siècle, le massage et l'utilisation des thermes sont réhabilités. Le terme de masseur apparaît dans le dictionnaire en 1779³. Simultanément, le verbe « masser » est réintroduit dans le Robert et dans le Larousse.

Le début du XIXème siècle marque également la redécouverte des bienfaits du thermalisme. Le développement de ces pratiques continuera à s'accroître tout au long de ce siècle. Progressivement de nombreuses pathologies seront amenées à être traitées dans les différentes stations thermales. Les indications les plus variées, allant des pathologies cutanées, neurologiques ou rhumatismales, jusqu'aux pathologies les plus générales, seront proposées. « *L'action des eaux est encore régie par la théorie des humeurs et la vitalité des organes est fonction des sels minéraux que contiennent ces eaux* »⁴. Les séjours aux eaux comprennent non seulement l'absorption d'eau, mais aussi l'immersion dans des bains et le massage. Le plus souvent réalisés par les médecins, ces massages associent des techniques de mobilisations douces ou forcées (manipulations).

² J. Monet , 1996 a, p. 45.

³ R. Remondière, 1996, p. 161.

⁴ R. Remondière, 1996, p. 163.

Dans les dictionnaires non médicaux, le terme de kinésithérapie est apparu au milieu du XIX^{ème} siècle (1847 pour le Robert, 1867 pour le Larousse). Mais il faut attendre 1891 pour voir une revue médicale porter ce titre et 1895 pour voir une thèse utiliser ce terme. Ce n'est que beaucoup plus tard, au cours du XX^e siècle, que le mot kinésithérapie prendra un sens dans la société.

En 1854, Napoléon Laisné s'installe à l'hôpital des enfants malades à Paris. Ce professeur de gymnastique innove dans le traitement des jeunes filles choréiques, en proposant des exercices de gymnastique (d'inspiration militaire) et des massages. Les résultats sont encourageants, mais les critiques du corps médical sont nombreuses. Les médecins voient d'un mauvais œil cette intrusion d'un non médecin à l'hôpital.

A la même époque, plusieurs thèses de médecine sont soutenues sur le thème de la gymnastique et du massage. En 1863, celle de Jean-Dominique Estradère intitulée : « *Du massage, son histoire, ses effets physiologiques et thérapeutiques* » refuse l'empirisme et redéfinit le massage. Il déplore qu'en province : « *le massage est moins répandu faute de gens capables et que les médecins le prescrivent rarement, car j'oserais dire qu'ils ignorent ce moyen thérapeutique qui n'est cependant de création récente et que les rebouteux, dames blanches, souffleuses d'entorses mettent tous les jours en pratique* »⁵. La thèse de Gustave Chancerel intitulée « *Histoire de la gymnastique* » constitue l'unique document de synthèse de cette période. L'auteur prend position pour l'application d'une gymnastique proposée et mise en pratique par les médecins.

La question posée est de savoir si les ouvrages et les discours des non médecins sont ou seraient crédibles⁶. Ces débats préfigurent ceux qui se feront jour quelques années plus tard lors de la discussion pour la création des premières professions non médicales dans les hôpitaux.

En fait, la médicalisation de la société paraît se faire au XIX^{ème} siècle, non pas au détriment des religieuses, des charlatans, des rebouteux et de l'automédication, mais en synergie. Il s'en suit une augmentation globale de l'ensemble des formes médicales et non médicales du soin.

Ce n'est qu'à partir de la III^{ème} République, sous l'égide de Paul Bert, que la politique d'impulsion de santé est mise en œuvre. Elle contribue, à la fin du siècle, à rendre accessibles les soins aux classes économiquement faibles, à faire respecter la législation sociale relative

⁵ R. Remondière, 1996, p 162, citant Estradère J.-D. , Thèse de médecine n° 21, Paris, 1863, 178 p.

⁶ R. Remondière, 1996, p 162, citant Chancerel G., Histoire de la gymnastique. Thèse de médecine n° 149, Paris, 1864, 72 p.

au travail, et enfin, à renforcer l'hygiène individuelle et l'hygiène publique.

L'année 1886 marque la campagne des hygiénistes. Insufflée par l'Académie de Médecine et motivée par la défaite de Sedan, une campagne de gymnastique obligatoire à l'usage des écoles primaires est lancée. Basée sur des exercices militaires, cette gymnastique vise à prévenir le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles, et à améliorer les capacités physiques des jeunes français. Les travaux du docteur Lagrange, en 1888, renforcent cette évolution vers les pratiques gymniques. S'il dresse un réquisitoire contre la gymnastique militaire, il propose la réalisation de jeux pour activer les grandes fonctions vitales sans fatiguer les enfants. « *Les jeux constituent en réalité la méthode d'exercices la mieux appropriée à l'hygiène du jeune âge et ne sont passibles d'aucun des reproches que méritent la gymnastique aux appareils et les exercices de plancher* »⁷. Cette méthode fera l'objet, par la suite, d'un manuel d'exercices gymniques et de jeux scolaires.

Le docteur Ph. Tissié a découvert et introduit en France, à partir de 1897, la gymnastique suédoise. Le développement de cette technique, qui utilise à la fois des exercices dynamiques et statiques et des massages, se fait en marge du thermalisme. Dès le début du XX^{ème} siècle, elle est adoptée par le célèbre « bataillon de Joinville ».

1.2.4) Du métier de masseur à la profession de masseur-kinésithérapeute : le tournant de la première guerre mondiale

La première guerre mondiale met en évidence, quelques années plus tard, l'obligation de restructurer le système de santé. En effet, la guerre de 1914-1918 a occasionné de nombreux blessés et mutilés. La rééducation professionnelle de ces derniers a créé une demande jusqu'alors inconnue. Aussi, pour mieux accompagner ces soldats dans leur réhabilitation et pour les ramener plus rapidement sur le front, l'organisation de la rééducation professionnelle a été l'œuvre de l'Office National des mutilés de guerre. Les médecins et les masseurs se sont rapidement retrouvés en nombre insuffisant pour assurer toutes les tâches nécessaires à la réhabilitation. Il a donc été décidé de former rapidement, soit des masseurs dans le civil, soit des professeurs, soit des soldats sans qualification pour assumer ces tâches particulières. La demande fut si conséquente que malgré ces nouveaux formés, il fut nécessaire de modifier l'activité et d'introduire une mécano thérapie permettant de faire travailler plusieurs blessés à la fois.

⁷ G. Andrieu, p. 145, citant F. Lagrange, La gymnastique des écoles primaires. In : Travaux de la commission de gymnastique. Paris, Imp. Nationale, 1889, p. 136.

La mécano-thérapie, dont les principes avaient été édictés par Zander à la fin du XIX^{ème} siècle, connaît son heure de gloire au cours de la première guerre mondiale. « *Remise au goût du jour, elle permet de traiter de nombreux malades sans avoir recours au personnel technique qui fait cruellement défaut. Seul le médecin peut prescrire et surveiller cette mécano-thérapie* »⁸. La délégation de pouvoir existe en pratique. Mais elle ne se fait qu'à condition que les masseurs soient encadrés et contrôlés. De plus, même si les masseurs ont fait preuve de leur efficacité pendant la première guerre mondiale, les griefs restent encore bien vivaces après cette dernière.

Le rôle du médecin demeure, de fait, important pendant toute la première période de la kinésithérapie. La création des premières écoles de formation se fait en 1889, sous l'impulsion de médecins. Les premières écoles sont toutes privées, et délivrent jusqu'en 1922 des diplômes aux appellations diverses et aux niveaux mal définis. Ainsi, plusieurs diplômes créés par l'Ecole Française d'Orthopédie et de Massage (EFOM) portent des intitulés variés : massage médical et gymnastique médicale, massage facial⁹ et esthétique, hydrothérapie¹⁰, électrothérapie¹¹, thermothérapie et linothérapie¹², bandagiste orthopédiste¹³, etc..

Si la première guerre avait marqué le triomphe de la méthode naturelle et de l'éducation physique, les suites immédiates de la guerre ont vu le corps médical reprendre en main les domaines qui lui avaient échappés. Le corps médical va porter une offensive pour contrôler ces domaines de l'éducation physique.

La première guerre mondiale a fait connaître à une large population (compte tenu du nombre de blessés et de mutilés) les bienfaits du massage et de la gymnastique. Par voie de conséquence, une augmentation de la demande est perceptible durant l'entre-deux guerres notamment au sein des institutions hospitalières. Ceci conduit le législateur à mieux définir la profession et à créer en 1923 un diplôme d'infirmier masseur (Cf. infra). Le travail entrepris par l'association Valentin Haüy contribue à faire connaître et reconnaître, par la population, l'intérêt du massage par des masseurs aveugles. Cette association assure la publicité nécessaire pour faire valoir la qualité professionnelle des masseurs aveugles. Pour cela, des

⁸ A. Ferrand, 1996, p. 57.

⁹ Massage du visage à visée locale ou holistique.

¹⁰ Utilisation de l'eau sous toutes ses formes (bains, jets, vapeur...) comme moyen thérapeutique.

¹¹ Utilisation de l'électricité comme moyen thérapeutique.

¹² Utilisation des modifications de température ou de l'exposition à des lumières variées comme moyen thérapeutique.

¹³ Techniques utilisant des bandes de tissu et des matériaux rigides (bois, métal...) à des fins d'immobilisation ou de soutien d'articulations ou de segments de membres blessés (entorse, fractures...).

masseurs sont envoyés dans les villes d'eaux. Pour les masseurs voyants, l'effort de reconnaissance sociale n'est pas aussi marqué. Néanmoins, la demande sociale stimule, pour les deux catégories, la création d'écoles. Parallèlement, les gymnastes médicaux voient, avec l'aide du docteur Balland et du professeur Ombredanne, leurs activités se développer. Leur notoriété et leurs compétences s'accroissent tout particulièrement dans certains domaines tels que le traitement des adolescents scoliotiques¹⁴. En 1932 le D.E de professeur de culture physique médicale est créé.

Les effets de la seconde guerre mondiale ne furent pas aussi importants que ceux de la première pour les futurs « kinésithérapeutes ». La création sous le régime de Pétain de deux diplômes, l'un de moniteur de gymnastique médicale, l'autre de masseur médical, n'eut pas les conséquences attendues. Si les deux professions voient leurs statuts d'auxiliaires médicaux stipulés, l'absence d'autonomie, de responsabilité et d'autorité est claire. De plus, le diplôme de moniteur de gymnastique médicale ne répond ni aux réalités professionnelles, ni aux exigences sociales. Aussi, les professionnels de la gymnastique et les masseurs proposent par l'intermédiaire de leurs syndicats de fusionner. Encore aujourd'hui, cette parenté avec les gymnastes médicaux est revendiquée par les kinésithérapeutes. Elle justifie l'investissement de la profession dans les champs non thérapeutiques de la santé.

Le nouveau diplôme créé en 1946, répond à cette attente mais il prive l'Education Nationale de son contrôle sur la formation des gymnastes médicaux. Ceux-ci doivent rentrer dans le rang et passer « sous la coupe » des médecins. Grâce à ce nouveau diplôme, le corps médical va obtenir la main mise sur la formation et rétablir la hiérarchisation dans la division du travail. De nouvelles écoles de masseurs kinésithérapeutes sont habilitées (de 1946 à 1951) par le Conseil Supérieur de la Kinésithérapie. Ce Conseil Supérieur est composé de trois groupes sociaux : les professionnels masseurs kinésithérapeutes, les médecins spécialistes en massage ou gymnastique médicale et les représentants de l'administration. Le corps médical, qui compte certains de ses membres dans les rangs de l'administration, contrôle de fait ce Conseil Supérieur. Aussi il n'est pas étonnant de constater que le nouveau texte de 1946 inscrit la prescription médicale qualitative et quantitative, comme préambule indispensable à la pratique de l'acte de masso-kinésithérapie.

Le champ d'activité de ces « premiers » masseurs kinésithérapeutes est encore limité. Ils exercent dans les domaines de la traumatologie, de la rhumatologie et de la neurologie.

En 1958, les lois Debré définissent la création des centres hospitalo-universitaires (C.H.U.).

¹⁴ J. Monet, 1996 b, p. 173.

Cette création des C.H.U. a pour conséquence l'apparition d'une nouvelle élite professionnelle médicale en permettant d'assigner aux médecins une triple fonction de clinique, d'enseignement et de recherche, tout en favorisant l'articulation entre ces trois activités au sein de la nouvelle structure. Pendant ce temps, la kinésithérapie reste une profession majoritairement libérale, bien qu'elle connaisse un développement hospitalier.

Toutefois, par la dynamique hospitalière, la profession de masseur kinésithérapeute a bénéficié d'une reconnaissance de son activité dans de nombreux nouveaux domaines. Aujourd'hui, le masseur kinésithérapeute intervient aussi bien en pneumologie, en pédiatrie, en endocrinologie, dans les services de traitement des grands brûlés, en gynécologie, en maternité...

De la même manière, l'accroissement de la « boîte à outils » était tout aussi important. L'arsenal technique qui était, à l'origine limité, a véritablement « explosé ». Le grand public consulte tout aussi bien un kinésithérapeute pour bénéficier d'un drainage lymphatique, que pour réduire un dérangement intervertébral. Cette reconnaissance de leurs techniques a permis aux kinésithérapeutes de conquérir une certaine autonomie dans l'enseignement de leur profession.

En 1968, le diplôme de moniteur cadre en masso-kinésithérapie est créé. Il permet de concrétiser cette nouvelle autonomie de la profession dans la formation de ses pairs. D'autre part, ces nouveaux cadres apportent au service hospitalier en plein développement le personnel d'encadrement technique et de gestion.

En 1969, les études sont portées de deux à trois ans. Les contenus de formation sont revus à la hausse. De nouvelles matières sont enseignées, c'est le cas des techniques kinésithérapiques appliquées au traitement des conséquences des différentes pathologies.

Depuis, les kinésithérapeutes n'ont pas bénéficié de nouvelles avancées. Aussi, en relation avec le corps médical ils cherchent à acquérir plus d'autonomie dans la prise en charge du patient. Contrairement à ces derniers, la formation des professionnels a lieu en écoles durant une formation courte (3 ou 4 ans). De la même manière, le développement des connaissances par la recherche est inaccessible à la profession, même en milieu hospitalier.

Cet aspect est longtemps resté dévolu en France aux seuls médecins. De ce fait, le corpus de connaissances des kinésithérapeutes s'est constitué sur les « délaissés » de la médecine. Les aspects techniques et manuels qui n'intéressaient que très peu d'entre eux ont été investis par les kinésithérapeutes. La profession a été placée dans un rôle subalterne, « interdite » de recherche, travaillant manuellement sur le corps dans une société valorisant la technologie et ne pouvant travailler que sur prescription médicale qualitative et quantitative. Ce n'est que la

loi hospitalière de 1991 qui pose pour la première fois la possibilité de développer au sein des établissements de santé une recherche, au-delà de la seule médecine. En 1996, le décret d'actes et d'exercice (n°96-879 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute) a permis aux masseurs-kinésithérapeutes le choix des actes et des techniques. Ce décret a été actualisé en 2000 avec la reconnaissance de la compétence à établir le bilan diagnostic kinésithérapique, avec en corollaire la prescription médicale d'indication de la masso-kinésithérapie.

Plus récemment en 2010, la création des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmiers et Paramédicaux (PHRIP) a permis d'institutionnaliser, en France, une politique de recherche dans le domaine de la kinésithérapie. Ce développement n'a toutefois pas été accompagné de la mise en place d'une réelle formation des masseurs-kinésithérapeutes aux méthodes de pensée et de recherche scientifique. Aussi, les actions de recherche en kinésithérapie sont rares et non organisées sur le plan institutionnel. Une discipline en masso-kinésithérapie est indispensable au développement de la formation et de la recherche en masso-kinésithérapie au service de la sécurité des patients et de la qualité des soins.

1.3) Les conditions d'exercice actuelles de la masso-kinésithérapie :

La masso-kinésithérapie est exercée par des professionnels titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ou d'une autorisation d'exercice et inscrits au tableau de l'Ordre (Art 4321-2 et 4321-10 du code de la santé publique). Ceux-ci s'engagent à :

- respecter les règles déontologiques et l'éthique spécifiques à la profession,
- développer les compétences professionnelles nécessaires à la réalisation des activités de dépistage, de prévention, d'éducation et de soins, en tenant compte des évolutions de la science et en réponse aux besoins en santé publique,
- participer à la promotion et au développement de la profession.

1.3.1) Champ d'intervention et population concernée

La kinésithérapie identifie et évalue les potentiels et les capacités d'activité et de mouvement, en tenant compte des caractéristiques de chaque individu. La kinésithérapie propose, en toute autonomie et en pleine responsabilité, en lien avec les autres professions de santé, un ensemble d'actions auprès des personnes pour préserver, développer, retrouver et suppléer les capacités fonctionnelles et le mouvement à tous les âges de la vie, lorsqu'ils sont perturbés par les traumatismes, la maladie et le vieillissement, l'ignorance ou la négligence. La

kinésithérapie optimise le fonctionnement de l'individu, pour ce qui concerne le mouvement, au niveau de ses structures et fonctions, de son activité et de sa participation à la société. La kinésithérapie vise à réduire les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à la société du patient de façon à minimiser son handicap et le rendre acteur de la gestion de sa santé et de son autonomie.

1.3.2) Contexte d'intervention

La kinésithérapie place le fonctionnement et le mouvement humain au cœur du concept de santé. Pour ce faire, elle porte son action thérapeutique sur 3 catégories de mouvements :

- les mouvements externes produit par le corps humain : sa gestuelle ;
- les mouvements animant l'intérieur du corps : l'ensemble des systèmes circulants assurant les fonctions vitales ;
- les mouvements de la pensée, processus aboutissant à l'élaboration, l'organisation et l'intégration de ces manifestations externes et internes.

La kinésithérapie s'appuie sur une démarche d'évaluation pratiquée sur ces trois niveaux aboutissant à une vision fonctionnelle du patient dans son environnement. La kinésithérapie optimise le fonctionnement de l'individu, pour ce qui concerne son niveau de participation à la société de façon à minimiser son handicap et le rendre co-auteur de la gestion de sa santé et de son autonomie.

La kinésithérapie tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et environnementales de chaque patient.

Dans ses activités de rééducation, réadaptation, réinsertion, réhabilitation, entretien et prévention, le masseur-kinésithérapeute mobilise des compétences en santé générales et spécifiques. L'évaluation et l'éducation sont utilisées en tant que méta-activités, vu les caractères permanents et indissociables de la décision et de l'action.

1.4) Le cadre juridique d'exercice actuel de l'activité du MK

Depuis une dizaine d'années, le monde juridique et judiciaire reconnaît régulièrement que la profession de masseur-kinésithérapeute a su affirmer ses propres compétences et son autonomie : trente cinq experts sont, aujourd'hui, inscrits sur les listes des cours d'appel (rubriques F8-2 « Kinésithérapie-Rééducation fonctionnelle » et F.10.1 « Experts spécialisés en matière de nomenclatures d'actes professionnels »). Bien que l'ostéopathie

ne soit naturellement pas inscrite dans la nomenclature des rubriques expertales, certaines cours d'appel y font référence comme spécialité de la rubrique F8-2. Les experts judiciaires MK et/ou MKO (techniciens de terrain, formés à la procédure judiciaire) ont pour mission, en toute indépendance, d'éclairer le Juge sur la pratique de leur art.

L'exercice règlementaire du MK et du MKO, s'appuie plus particulièrement sur le code de la santé publique (CSP), mais d'autres codes peuvent aussi s'appliquer selon le type d'exercice. C'est donc dans un domaine règlementaire complexe et souvent méconnu que les responsabilités des MK et des MKO peuvent être engagées.

1.4.1) La responsabilité d'ordre pénal, civil, administratif et disciplinaire.

1.4.1.1) La responsabilité pénale : la faute constitutive d'une infraction

Le masseur-kinésithérapeute est soumis aux règles de droit commun, comme tout citoyen, mais aussi aux règles propres à son activité :

❖ Délits de droit commun :

- L'atteinte à l'intégrité de la personne :
 - Involontaire (art.222-19 du code pénal).

En particulier « *le fait de causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail de plus de 3 mois...* »

- Volontaire (art. 222-7 à 13 du code pénal)

En particulier, « *expérimentations ou examens complémentaires et thérapeutiques à l'encontre du consentement* ».

- Agressions sexuelles (art.222-22, 222-22-1, 222-23 et 222-27 du code pénal).
- L'omission de porter secours ou abstention fautive (art. 223-6 du code pénal).

❖ Délits propres à l'activité professionnelle :

- Certificats mensongers (art.441-7 du code pénal).

- Exercice illégal de la médecine (art. 433-17 du code pénal) et (art. L4161-1 à L4161-6 du code de la santé publique).
- Le non respect du secret professionnel (art. 226-13 et 14 du code pénal et L.1110-4 du code de la santé publique).
- Agressions sexuelles (art.222-22, 222-22-1, 222-23 et 222-27 du code pénal).

1.4.1.2) La responsabilité civile : responsabilité pécuniaire : (Art.1382-1383 et 1384 du code civil)

Article 1382 : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer* ».

La responsabilité civile est fondée sur la faute que le demandeur doit prouver. La preuve serait à la charge du masseur-kinésithérapeute en cas de manquement à l'obligation d'information.

1.4.1.3) La responsabilité administrative

Sauf en cas de faute détachable du service ou faute personnelle (code civil, art. 1382), la responsabilité de l'administration se substitue à celle de ses agents.

1.4.1.4) La responsabilité disciplinaire

Elle est du ressort des instances de l'Ordre. Les sanctions sont indépendantes des peines prononcées par les juridictions civiles et pénales.

Article L.4321-13 du code de la santé publique : « *L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes regroupe **obligatoirement tous les masseurs-kinésithérapeutes** habilités à exercer leur profession en France, à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes relevant du service de santé des armées* ».

Article L.4321-14 du code de la santé publique : « *L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes veille au maintien des principes de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie*

prévu à l'article L. 4321-21. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession de masseur-kinésithérapeute (...) ».

Article L.4321-15 : « Le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes est composé de membres élus parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral et parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié ainsi que, avec voix consultative, d'un représentant du ministre chargé de la santé.

Le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes comporte, en son sein, une chambre disciplinaire nationale présidée par un magistrat de la juridiction administrative.

La chambre disciplinaire nationale comprend des membres élus, en nombre égal, par le conseil national, parmi, d'une part, les membres de ce conseil, et, d'autre part, les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

Cette chambre est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance.

Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé. »

Article L.4321-17 : « Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes assure les fonctions de représentation de la profession dans la région et de coordination des conseils départementaux.

Il organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le conseil national de l'ordre et avec la Haute Autorité de santé. Dans ce cadre, le conseil régional a recours à des professionnels habilités à cet effet par le conseil national de l'ordre sur proposition de la Haute Autorité de santé.

Le conseil régional comprend en son sein une chambre disciplinaire de première instance, présidée par un magistrat de l'ordre administratif. Cette chambre dispose, en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, des attributions des chambres disciplinaires de première instance des ordres des professions médicales.

La chambre disciplinaire de première instance est composée d'un nombre de masseurs-kinésithérapeutes fixé par voie réglementaire, en fonction des effectifs des masseurs-kinésithérapeutes inscrits aux derniers tableaux publiés dans la région.

Elle comprend des membres élus par le conseil régional auprès duquel siège la chambre, en nombre égal parmi les membres du conseil régional dont elle dépend, et les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé ».

En cas de plainte déposée par le ministre de la santé, par le préfet, par le procureur de la république, par un syndicat professionnel représentatif :

- La chambre disciplinaire de première instance près du conseil régional ou interrégional tranche en première instance.
- La chambre disciplinaire nationale intervient en appel.
- Le conseil d'État intervient en cassation.

En cas de plainte déposée par un confrère ou par un patient :

- Le Conseil départemental organise une conciliation.
- En cas de non conciliation la procédure se poursuit comme décrit ci-dessus.

Le conseil départemental peut s'associer à la plainte ou déposer plainte en son nom propre.

1.4.1.5) Une nouvelle responsabilité sans faute :

Inscrite dans la loi du 4 Mars 2002, la réparation au titre de la solidarité nationale, peut s'exercer sous réserve :

D'absence de faute.

D'accident médical directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soin.

D'acte médical ayant eu des conséquences anormales au regard de l'état de santé du patient et de son évolution prévisible.

1.4.2) Les codes qui règlementent la profession de masseur-kinésithérapeute

Le code du travail s'applique aux salariés.

Le code de la sécurité sociale s'applique aux libéraux conventionnés : le code de la sécurité sociale régit notamment les rapports entre les caisses de sécurité sociale, les assurés et les professionnels de santé.

Le code de l'action sociale et les familles régit les soins aux personnes âgées et handicapées.

1.4.3) Le Code de la Santé Publique

Ce code, de grande ampleur, comporte six parties, elles-mêmes divisées en livres, titres, chapitres et articles. La quatrième partie est consacrée aux professions de santé (professions médicales, professions pharmaceutiques, auxiliaires médicaux).

Le CSP organise le système de santé et définit les compétences de chacune des professions de santé. Le décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 a doté la profession de masseur-kinésithérapeute d'un code de déontologie (reproduit aux articles R.4321-51 à R.4321-145).

Les principaux textes peuvent être reproduits ainsi :

« La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale (...) Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. »

(Article L 4321-1 du code la santé publique)

« La [masso-kinésithérapie] consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques. »

(Article R.4321-1 du code de la santé publique)

Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

(Article R.4321-2 al 1 du code de la santé publique)

...

Les actes réalisables par un masseur-kinésithérapeute sont définis par décret.

Le 8 août 2004, par décret n° 2004-802, les 15 articles du décret n° 96-879 du 8 octobre 1996

(dit décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute) ont été abrogés :

« Article 1 : L'annexe au présent décret regroupe les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique. Les articles identifiés par un « R » correspondent aux dispositions relevant d'un décret en Conseil d'État,...

Article 2 : Les références contenues dans les dispositions de nature réglementaire à des dispositions abrogées par les articles 4 et 5 sont remplacées par les références aux dispositions correspondantes du code de la santé publique. »

Ces dispositions sont à présent intégrées en tant qu'articles règlementaires dans le code de la santé publique aux articles R4321-1 à R4321-13 :

Art. R4321-1 – « La [masso-kinésithérapie] consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques. »

Art. R4321-2 (Modifié par Décret n°2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique - art. 1)

« Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

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.

Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix.

Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsqu'apparaît une complication pendant le déroulement du traitement ».

Art. R4321-3. « On entend par massage toute manœuvre externe réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus ».

Art. R4321- 4. « On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques ».

Art. R4321-5. « Sur prescription médicale, le masseur kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

1°) Rééducation concernant un système ou un appareil :

- a) rééducation orthopédique ;
- b) rééducation neurologique ;
- c) rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur;
- d) rééducation respiratoire ;
- e) rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article R4321-8 ;
- f) rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

2°) Rééducation concernant des séquelles :

- a) rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
- b) rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
- c) rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;
- d) rééducation des brûlés ;
- e) rééducation cutanée ;

3°) Rééducation d'une fonction particulière :

- a) rééducation de la motilité faciale et de la mastication ;
- b) rééducation de la déglutition ;
- c) rééducation des troubles de l'équilibre ».

Art. R4321-6 « *Le masseur -kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article R4321-5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance* ».

Art. R4321-7 « *Pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article 5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :*

- 1°) *Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;*
- 2°) *Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article 4 ;*
- 3°) *Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;*
- 4°) *Étirements musculo-tendineux ;*
- 5°) *Mécanothérapie ;*
- 6°) *Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;*
- 7°) *Relaxation neuromusculaire ;*
- 8°) *Électro-physiothérapie :*
 - a) *applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, di-électrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électrostimulation antalgique et excitomoteur*
 - b) *utilisation des ondes mécaniques, infrasons, vibrations sonores, ultrasons ;*
 - c) *utilisation des ondes électromagnétiques, ondes courtes, ondes centimétriques, infrarouge, ultraviolets ;*
- 9°) *Autres techniques de physiothérapie :*
 - a) *thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;*
 - b) *kiné balnéothérapie et hydrothérapie ;*
 - c) *presso thérapie* ».

Art. R4321-8. « *Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment le masseur-kinésithérapeute est habilité :*

- 1°) *A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques, par mise en œuvre manuelle ou électrique ;*
- 2°) *A participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardio-vasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;*

3°) *A participer à la rééducation respiratoire ».*

Art. R4321-9 « *Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :*

1°) *A prendre la pression artérielle et les pulsations ;*

2°) *Au cours d'une rééducation respiratoire :*

a) *à pratiquer les aspirations rhino-pharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé,*

b) *A administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;*

c) *à mettre en place une ventilation par masque ;*

d) *à mesurer le débit respiratoire maximum ;*

3°) *A prévenir les escarres ;*

4°) *A assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;*

5°) *A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs ».*

Art. R4321-10 « *En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions doit être remis au médecin dès son intervention ».*

Art. R4321-11. « *En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions ».*

Art. R4321-12 « *Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique ».*

Art. R4321-13. « *Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. Ces actions concernent en particulier :*

1°) *La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;*

2°) *La contribution à la formation d'autres professionnels,*

3°) *La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et*

sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;

4°) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;

5°) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive ».

Le décret n° 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute est abrogé.

Le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française.

Par ailleurs, depuis le 14 janvier 2006, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux, dont la liste est fixée de façon limitative par l'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire (publié au journal officiel du 13 janvier 2006), sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- Le masseur-kinésithérapeute agit dans le cadre de sa compétence.
- Il n'existe pas d'indication contraire du médecin.

Article 1 : *« A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, sauf indication contraire du médecin, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire chez leurs patients les dispositifs médicaux suivants:*

- *Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades.*
- *Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier.*
- *Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc.*
- *Barrières de lits et cerceaux.*
- *Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur.*
- *Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe I, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.*
- *Attelles souples de correction orthopédique de série.*
- *Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série.*
- *Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série.*

- *Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire.*
- *Collecteurs d'urines, étuis péniens, pessaires, urinal.*
- *Attelles souples de posture et/ou de repos de série.*
- *Embouts de cannes.*
- *Talonnettes avec évidement et amortissantes.*
- *Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.*
- *Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie ».*

Lorsque les actes ne sont pas à visée thérapeutique, la prescription n'est pas nécessaire.

Dans le cadre de la prescription médicale, le MK établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapeutique, les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Les termes de communication de ce bilan sont précisés dans le Décret n° 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapeutique (transposé aux alinéas 3, 4 et 5 de l'article R4321-2 du code de la santé publique).

« Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix. Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement.»

1.5) Le cadre de la formation du MK

La formation de masseur-kinésithérapeute dure quatre années. Dans la majorité des cas, la première année est réalisée dans le cadre de conventions de formation entre des Instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) et des facultés de médecine ; elle permet au professionnel d'acquérir des compétences méthodologiques et conceptuelles communes avec les professions médicales et pharmaceutiques. Elle est sanctionnée par un examen-concours régi par un numérus clausus défini annuellement par le ministère de la santé selon les propositions des régions. Cette seconde partie, spécifique à la formation en masso-kinésithérapie, finalise la formation professionnelle conceptuelle, théorique, clinique, méthodologique et pratique.

1.6) Le MK : un professionnel de santé compétent

Le masseur-kinésithérapeute intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Il réalise des activités de conseil en ergonomie et kinésithérapie, et il peut être amené à gérer la structure dans laquelle il exerce.

La masso-kinésithérapie s'exerce dans le cadre de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive. Lorsqu'elle s'exerce dans un but thérapeutique, elle fait l'objet d'une prescription d'indication de recours à la masso-kinésithérapie, cette prescription n'est alors ni qualitative ni quantitative (arrêté du 22 février 2000, modifiant l'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 des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins : « Art. 1er. - A l'article 4 de l'arrêté du 6 janvier 1962 susvisé, les mots : « qualitative et quantitative » sont supprimés »).

Les actes de [masso-kinésithérapie] concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement, à la promotion de la santé et à la recherche : Article R.4321-13 du code de la santé publique : « selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.

Ces actions concernent en particulier :

- 1) La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;
- 2) La contribution à la formation d'autres professionnels ;
- 3) La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;
- 4) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;
- 5) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive ».

2) Le MKO en exercice

2.1) La définition de l'activité de l'ostéopathie du MKO

L'ostéopathie est une médecine complémentaire et alternative également appelée médecine ostéopathique qui se fonde sur le contact manuel pour tout diagnostic et tout

traitement (1). Elle respecte la relation qui existe entre le corps, la pensée et l'esprit (sain et malade). Elle accorde une importance majeure à l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et à la tendance intrinsèque du corps à l'auto guérison et à l'autogestion de sa santé. Les MKO utilisent un large éventail de techniques manuelles pour améliorer la fonction physiologique et/ou réguler l'homéostasie altérée par un dysfonctionnement somatique (structure corporelle), c'est-à-dire une fonction entravée ou altérée des éléments associés du système somatique, des structures squelettiques, arthro-diales et myo-fasciales et des éléments associés vasculaires, lymphatiques et neuraux (2).

L'ostéopathie pratiquée par les masseurs - kinésithérapeutes D.E. est à objectif thérapeutique, curatif et préventif.

(1) World Osteopathic Health Organization / Organisation mondiale ostéopathique de la Santé. Osteopathic glossary/Glossaire ostéopathique. (www.woho.org – accès du 19 avril 2008).

(2) American Association of Colleges of Osteopathic Medicine / Association américaine des Facultés de Médecine Ostéopathique. Glossary of Osteopathic - Terminology / Glossaire de terminologie ostéopathique). (<http://www.aacom.org>, révisé en 2002).

2.2) Le développement historique de l'exercice de l'ostéopathie pour le MKO

Il est classiquement admis que l'ostéopathie est née aux États-Unis en 1874 dans l'esprit d'un homme : Andrew-Taylor Still (1828-1917). Still indique dans son autobiographie (traduite en français en 1999 par Tricot) : « *ma science ou découverte naquit au Kansas à l'issue de multiples essais (...) tout au long de la guerre de sécession et jusqu'au 22 juin 1874* ». Still, qui s'était engagé chez les « Fédérés », combat et apprend « sur le terrain » la médecine et la chirurgie. La loi Jackson, promulguée dans les années 1830, en vigueur dans les états pionniers jusqu'à la fin des années 1870 permettait à chacun d'exercer une profession s'il en avait les compétences, et ce, même s'il n'avait suivi aucune formation organisée ou reçu de diplôme. Aussi dans le domaine médical, tout autodidacte qui avait appris à prodiguer des soins et en faisait sa profession pouvait se prévaloir du titre de médecin. Still acquiert le titre de médecin par la reconnaissance de ses savoirs empiriques médicaux. Cette démarche pragmatique remet néanmoins très rapidement en cause la médecine de l'époque, qui s'apparentait plus « à la médecine de Molière » qu'à un véritable art de soigner. L'ostéopathie est donc, à son origine, une médecine élaborée dans le scepticisme à l'égard de la médecine officielle.

Cette nouvelle orientation thérapeutique déclenche l'hostilité de ses confrères et celle du clergé. Il décide de s'installer à Kirksville (Missouri), où ses résultats thérapeutiques finissent par être reconnus par le grand public. A tel point qu'il doit former des ostéopathes pour le seconder. Il enseigne, dans un premier temps, l'ostéopathie à ses enfants, avant de créer, en 1892, sa propre école (l' American School of Osteopathy) à Kirksville.

L'ostéopathie continue à se développer aux Etats-Unis. Au début du XXe siècle sa pratique est autorisée dans tous les Etats. Durant la Seconde Guerre mondiale, beaucoup de médecins américains sont appelés sous les drapeaux. Les ostéopathes ne sont pas autorisés à s'engager dans les forces armées de santé, ils restent donc au pays et pallient l'absence des médecins. La pénurie des médecins après la guerre et les bons états de service des ostéopathes incitent certains Etats à accorder aux ostéopathes l'équivalence du titre de médecin. A partir des années 1960, après bien des réticences, la plupart des États adoptent cette politique d'équivalence. En 1973 tous les ostéopathes américains sont reconnus médecins. Depuis, leurs études et leurs prérogatives sont identiques à celles de ces derniers (site de l'American Osteopathic Association : A Timeline of Osteopathic Medicine 's History).

L'ostéopathie ne reste pas localisée au continent nord-américain. Grâce à l'un des tout premiers élèves de Still, l'écossais John-Martin Littlejohn, l'ostéopathie se développe en Europe avant la Première Guerre mondiale. Littlejohn crée la première école européenne à Londres en 1917: la British School of Osteopathy. Dès lors l'ostéopathie se développe à travers le monde, plus particulièrement dans les pays anglophones. Le Royaume-Uni légalise l'ostéopathie en 1993. Elle devient une profession de santé spécifique.

L'ostéopathie s'ancre en France dans les années 1960, grâce à des praticiens, essentiellement des MK, qui se sont formés au Royaume-Uni ou aux États-Unis. Selon un schéma similaire à leurs prédécesseurs, ces ostéopathes en forment d'autres puis ouvrent des écoles, les savoirs professionnels se transmettent sous des modes formels et informels. Les résultats thérapeutiques sont au rendez-vous, la reconnaissance professionnelle et sociale de l'ostéopathie ne fait qu'amplifier. Les pouvoirs publics ne peuvent plus l'ignorer. Au terme de nombreuses péripéties, allant de la création du monopole d'exercice pour les seuls médecins (1962) à un projet de loi tué dans l'œuf (1983), la France légalise l'exercice de l'ostéopathie le 04 mars 2002. Les décrets d'applications sont publiés en mars 2007.

2.3) Le cadre juridique d'exercice de l'activité du MKO

L'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 des

directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins, limitait de façon drastique la pratique des manipulations :

Article 2 : « *Ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 372 (1°) du code de la santé publique, les actes médicaux suivants :*

1° Toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie (...) »

A noter que, par exception à la hiérarchie des normes, cet arrêté a une valeur équivalente à la loi dont il précise le contenu (L.4161-1 du code de la santé publique alinéa 1). C'est l'incrimination par renvoi. Dans ce contexte, les « décrets d'actes » prévus à l'article L. 4161-1 alinéa 2, qui doivent respecter les règles légales en application desquelles ils sont pris, doivent également respecter les règles de l'arrêté de 1962. En outre cet arrêté indique de manière anticipée, l'organisation des « décrets d'actes ».

Les articles R.4321-1 à R.4321-13 du code de la santé publique, habilite le masseur-kinésithérapeute à utiliser la mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux.

En France, l'article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réglemente l'exercice de l'ostéopathie, mais n'en donne aucune définition.

Le décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie se borne à donner les actes autorisés :

Article 1 : « *Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé. »*

Il énonce également les actes interdits : Article 3 :

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

1° Manipulations gynéco-obstétricales.

2° Touchers pelviens.

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

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

2° Manipulations du rachis cervical ».

2.3.1) Les textes réglementant l'ostéopathie

La loi du 4 mars 2002, dans son article 75, a reconnu le titre d'ostéopathe et de chiropracteur (et non la profession) mais en laissant le soin à de futurs décrets de préciser qui aurait le droit d'exercer, dans quelles écoles et avec quelle formation (cet article a été légèrement modifié par la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - article 36 - qui requalifie simplement l'ANAES en HAS).

Une décision du Conseil d'État en date du 19 mai 2006 condamne le Gouvernement et son Administration à édicter les décrets de l'article 75 de la loi 2002-303 dans un délai de six mois sous astreinte.

Après cinq ans, les décrets et arrêtés ont été publiés :

- JO du 27/03/2007: Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
- JO du 27/03/2007: Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la composition du dossier et aux modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation prévues pour les ostéopathes par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
- JO du 27/03/2007 : Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation.
- JO du 27/03/2007 : Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires.
- JO du 04/11/2007 : Décret n° 2007-1564 du 2 novembre 2007 modifiant le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Enfin c'est au JO du 30 décembre 2008 qu'est paru le Décret n° 2008-1441 du 22 décembre 2008 relatif à l'usage du titre d'ostéopathe et à l'exercice de cette activité modifiant le décret

n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

2.3.2) Les compétences légales du MKO

Lorsqu'il est autorisé à user du titre d'ostéopathe en vertu du décret 2007-435 du 27 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie (pris en application de l'article 75 de la loi 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades), le masseur-kinésithérapeute ostéopathe voit son activité ostéopathique organisée par ce même décret relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Ce décret est construit sur le modèle « missions-limites », définissant l'activité que les praticiens sont autorisés à pratiquer (article 1 les manipulations) et précisant les interdictions (article 3 manipulations gynéco-obstétricales, touchers pelviens) et les limites (après certificat de non contre-indication du médecin, manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois, manipulations du rachis cervical).

Cela permet aux masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes d'entrer dans le système de soins, comme pour les professionnels de santé à compétences définies (sages-femmes), dans le cadre de leurs missions, à charge pour eux de réorienter vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical (diagnostic d'exclusion article 2).

Le masseur-kinésithérapeute-ostéopathe est ainsi confronté à la dualité de la réglementation de l'ostéopathie (missions-limites) et du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute (basé sur une liste limitative d'actes habilités par délégation, sur prescription médicale).

2.4) L'exercice professionnel comparé des MK et MKO

Si, pour mettre en œuvre les traitements auxquels il est habilité à participer sur prescription médicale, rien ne semble plus interdire au masseur-kinésithérapeute d'utiliser des techniques ostéopathiques, en dehors des manœuvres de force il convient néanmoins de distinguer ses compétences de celles du masseur-kinésithérapeute ostéopathe :

Lorsqu'il exerce dans un but thérapeutique, sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute 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. (Décret d'actes et d'exercice). A l'issue des soins, en cas de complication, où s'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu, il adresse une fiche de synthèse au médecin prescripteur.

Dans un but fonctionnel, le masseur-kinésithérapeute ostéopathe établit son diagnostic, qui

comprend le diagnostic d'exclusion. Il réoriente le cas échéant le patient vers un autre professionnel de santé ou un médecin, lorsque les troubles présentés excèdent son champ de compétences, lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, ou s'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes, ou encore lorsqu'un certificat établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie est nécessaire (décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie).

Le masseur-kinésithérapeute ostéopathe met ensuite en œuvre son traitement, sur la base du concept ostéopathique de l'holisme, et en prenant notamment en compte la loi de STILL (états pathologiques qui se développent à la suite d'une perturbation neurologique conséquence elle-même de lésions articulaires), la loi de HEAD (états pathologiques viscéraux provoqués par différentes irritations mécaniques, chimiques et infectieuses) ou encore la loi de HILTON (fonction sensitivomotrice des troncs nerveux).

2.5) Le cadre de la formation du MKO

L'enseignement de l'ostéopathie débute en 1950, avec l'ouverture de la première école française d'ostéopathie par Paul Gény. En 1965, pour des raisons juridiques, cette école s'expatrie en Angleterre à Maidstone, dans le Kent, où elle devient l'European School of Osteopathy (École Européenne d'Ostéopathie). C'est dans ce collège qu'ont été formés bon nombre des premiers masseurs-kinésithérapeutes-ostéopathes français.

Dans le courant des années 1960, plusieurs praticiens formés à l'école de Paul Gény poursuivent leur formation avec un ostéopathe anglais, Denis Brookes, passionné d'ostéopathie crânienne, qui réussit à faire venir, en 1964, trois ostéopathes américains (Harold I. Magoun, Viola Frymann, Thomas Schooley, tous élèves directs de Sutherland) pour enseigner les bases de l'ostéopathie crânienne.

C'est à partir de ces années que naissent plusieurs collèges ostéopathiques et que l'ostéopathie pratiquée par des kinésithérapeutes prend véritablement son essor. La formation, basée sur le savoir-faire du thérapeute, se fait essentiellement par apprentissage direct, « sur le tas », les savoirs d'expérience se développent en lien avec des savoirs théoriques. L'émergence de la formation encadrée en ostéopathie en France ne date que d'une vingtaine d'années. Depuis, les écoles d'ostéopathie se sont organisées en centres d'études supérieures avec un programme

d'enseignement conforme au cahier des charges du législateur (décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie). Les textes précisent le contenu de la formation.

La durée de la formation et son contenu théorique et pratique garantissent la formation nécessaire à la prise en charge en sécurité des patients. La formation sera dispensée dans des écoles de formation agréées par l'État. Cet agrément sera réexaminé tous les quatre ans.

Elle peut être faite en complément d'une formation initiale de professionnels de santé, médecins ou de masseurs-kinésithérapeutes, ou sans formation préalable.

Les professionnels de santé bénéficieront d'une formation en ostéopathie équivalente qui tiendra compte de la partie théorique des sciences fondamentales et biologiques déjà incluses dans leur cursus de formation.

Le titre d'ostéopathe peut être délivré : (Article 4 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie)

« 1° Aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins.

2° Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues aux articles 5 à 9 du décret du 25 mars 2007 susvisé ;

3° Aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé en application des articles 6 ou 16 du présent décret ».

Les textes prévoient également pour les ostéopathes déjà en exercice, que des commissions spécifiques composées de médecins, masseurs-kinésithérapeutes et ostéopathes désignés par leurs organisations représentatives, délivreront une équivalence du titre au vu de leur formation initiale et de leur expérience.

A ce jour, on dénombre en France :

- 24 établissements agréés dispensant une formation en ostéopathie ouverts aux non-titulaires d'un diplôme, certificat, titre ou autorisation leur permettant l'exercice d'une des professions de santé mentionnées au livre Ier et aux titres Ter à VII du livre III de la quatrième partie du Code de la santé publique.

- 21 établissements agréés dispensant une formation en ostéopathie réservés aux professionnels de santé inscrits au livre Ier et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du Code de la santé publique.
- 14 diplômes interuniversitaires de médecine manuelle-ostéopathie, réservés aux médecins.

Les savoirs d'expérience se renforcent dans les cursus de formation par trois formes de savoirs théoriques qui renvoient à la définition de l'ostéopathie :

- des savoirs scientifiques médicaux : anatomie, physiologie, séméiologie
- des savoirs scientifiques liés aux thérapies manuelles (masseurs- kinésithérapeutes, chiropracteurs)
- des savoirs scientifiques liés aux sciences humaines et sociales : l'approche systémique et complexe, l'éducation à la santé.

2.6) Le MKO : un professionnel de santé compétent

Dans le cadre général de l'organisation « des professions de santé », la différenciation est effective entre « les professions médicales » et les « auxiliaires médicaux ». Les professions médicales intègrent les médecins, les chirurgiens- dentistes, les sages- femmes tandis que les auxiliaires médicaux réunissent les professions d'infirmière, de masseur- kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'orthophoniste et d'orthoptiste, de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'audioprothésiste, d'opticien- lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, et enfin de diététicien. La distinction essentielle entre ces deux types de professionnels se situe dans le rapport aux patients : si les professions médicales interviennent directement auprès des patients, les auxiliaires médicaux interviennent que sur prescription médicale permettant aux médecins de se décharger d'un certain nombre d'actes.

Sachant que le code de santé publique n'aborde pas la question de l'exercice de l'ostéopathie, celle-ci peut être exercée par différents professionnels (professions médicales, auxiliaires médicaux, ou autres professionnels) dans le cadre juridique de son exercice professionnel. Le MKO exerce donc l'ostéopathie en tant que professionnel de santé à partir d'activités circonscrites de diagnostic, de soins et de prévention. Le rattachement des pratiques ostéopathiques aux pratiques du MK constitue une articulation entre des savoirs professionnels contigus et des pratiques professionnelles différenciées mais complémentaires. Cette étroite relation renvoie au développement de professionnalités à la fois communes et

spécifiques.

Tableau synoptique

Repères historiques et législatifs de l'ostéopathie
1874 : Conception de l'ostéopathie par Andrew Taylor Still (1828-1917).
1892 : Le premier collège d'ostéopathie est créé aux Etats-Unis.
1918 : Le premier collège d'ostéopathie est créé en Angleterre.
1950 : Ouverture de la première école française d'ostéopathie par Paul Gény.
1952 : Les médecins formés en ostéopathies fondent la « Société Française d'Ostéopathie ».
1962 : Aux Etats-Unis, usage des titres de MD (Medical Doctor) et DO (Doctor of Osteopathy).
06/01/1962 : Arrêté ministériel et article 372, Code de la santé publique. Les actes d'ostéopathie et de chiropraxie ainsi que les diagnostics et traitements conduisant à la pratique des manipulations vertébrales sont réservés aux titulaires du doctorat en médecine.
1972 : Première formation universitaire conduisant au DU de médecine orthopédique. (Robert Maigne, l'Hôtel-Dieu, Paris).
1982 : Premier enseignement universitaire en ostéopathie réservé aux médecins, Faculté de médecine de Bobigny.
1993 : Reconnaissance en Angleterre de l'ostéopathie comme une profession indépendante et spécifique.
1996 : En France, Diplôme interuniversitaire (DIU) de médecine physique et de réadaptation dans 15 facultés de médecine.
1999 : Le ministre de la Santé, Bernard Kouchner crée la commission G. Nicolas, pour établir un rapport français sur l'ostéopathie et la chiropraxie dans un projet de reconnaissance.
4/03/2002 : Loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article 75 : reconnaissance et conditions à définir du statut spécifique d'ostéopathe et de chiropraticien.
25/03/2007 : Décret n° 2007-435 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. Décret n° 2007-437 relatif à la formation des ostéopathes et à

Conclusion

Les activités professionnelles des MK et des MKO ainsi définies se sont construites dans des dynamiques professionnelles intégrant des rapports aux savoirs théoriques et des rapports aux savoirs pratiques. Cette double perspective introduit une approche en termes de professionnalisation et de production de compétences professionnelles. C'est ce cadre théorique de définition du référentiel qui est proposé dans la seconde partie.

2nde Partie : Le référentiel MK/MKO

Introduction :

- **Le cadre théorique de définition du référentiel**

Les processus de professionnalisation liés aux activités des MK et des MKO renvoient à des cadres référentiels et à des définitions très hétérogènes. Ils qualifient à la fois l'individu, l'activité professionnelle et le métier. Dans un premier sens, la professionnalisation renvoie au processus d'apprentissage, d'acquisition et de développement des qualités qui transforme l'individu en un professionnel : les compétences sont liées aux activités et aux actes professionnels qui en découlent. Cette approche se retrouve dans la figure de l'expert, du spécialiste, qui agit seul et se fait reconnaître pour son savoir expert (Freidson, 2001)¹⁵. Dans un second sens, la professionnalisation s'incarne dans l'exercice même du métier et se concrétise par l'accès au statut de profession et de sa reconnaissance. Cette dynamique est liée directement au professionnalisme. Celui-ci se construit essentiellement sur la recherche d'une autonomisation professionnelle, individuelle mais aussi collective, qui repose sur une éthique et des valeurs professionnelles universelles défendues par le groupe professionnel, comme celui des médecins par exemple (Freidson, id.). Ce professionnalisme, trait de la professionnalisation est considéré comme un principe organisateur de la division du travail, se développe dans notre société où le savoir et les activités de services sont profondément valorisés et concerne essentiellement les professions établies, ce qui ne veut pas dire que cette tendance vers le professionnalisme ne s'applique pas à des activités moins attractives (formation, travail social...).

La question de la construction des différents types de savoirs, de leur légitimation, ou encore de l'acquisition et du développement des compétences professionnelles est au cœur des enjeux de la professionnalisation. En sciences de l'éducation, les cadres d'analyse de la professionnalisation sont reformulés sous l'angle des pratiques éducatives et formatives, de la

¹⁵ Freidson E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Oxford, Polity Press

construction et de la transmission des savoirs. Les travaux de Bourdoncle (2000)¹⁶, sur les professions de l'éducation et de la formation, présentent, quant à eux, une conception spécifique de la professionnalisation. Sont mis en exergue quatre dimensions de la professionnalisation : la professionnalisation de l'activité (l'universitarisation de la formation professionnelle, la professionnalisation du groupe exerçant l'activité, la création d'une association professionnelle...), la professionnalisation des savoirs (la socialisation professionnelle) et la professionnalisation de la formation.

Le cadre théorique de ce référentiel s'appuie sur les liens entre actes professionnels, activités professionnelles et compétences professionnelles reconnus des MK et des MKO. Ce triptyque de « base » s'assimile à la production des savoirs légitimes spécifique à toute profession. **Aussi l'originalité de ce référentiel est d'articuler ce triptyque à une dimension formative, réglementaire et scientifique.** Les compétences professionnelles s'appuient sur la production de savoirs professionnels et de savoirs théoriques. L'accent mis sur les différentes formes de référentialisation axées sur des différents savoirs théoriques (médicaux, droit, sciences humaines et sociales...) clarifie la démarche proposée et constitue un socle de professionnalisation pour les MK et les MKO.

▪ **Les Bases Méthodologiques pour la construction de l'articulation : Activités/Actes/Compétences**

Le référentiel est construit à partir d'un recueil de données qualitatives issues de l'analyse de situations professionnelles de praticiens kinésithérapeutes et de kinésithérapeutes ostéopathes en exercice. La synthèse de ces données a fait l'objet d'une discussion collective au sein d'un groupe de travail représentatif de la profession qui a permis d'établir un consensus professionnel sur la déclinaison Activités/Actes/Compétences.

Les définitions de la masso-kinésithérapie et de l'ostéopathie, présentées dans la première partie (*cf.pp*), s'inspire de celle de l'OMS tout en y intégrant la spécificité liée aux compétences acquises lors de la formation et de l'exercice en masso-kinésithérapie, qui de fait, ne peuvent cantonner l'exercice de l'ostéopathie par le kinésithérapeute ostéopathe dans le seul champ des troubles fonctionnels. Ainsi, un élargissement à la prise en charge de certaines pathologies confère aux kinésithérapeutes ostéopathes un champ thérapeutique déterminé.

¹⁶ Bourdoncle R. (2000). Autour des mots : professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et Formation*, 35, p. 117-132.

Les étapes qui ont permis d'établir cette articulation sont fondées d'une part sur l'élaboration d'un référentiel d'activités et d'actes et d'autre part sur l'extraction des compétences nécessaires à la réalisation de ces actes et activités.

Enfin, un contenu de formation sert à nourrir l'acquisition progressive des capacités et à générer les compétences indispensables à une formation de qualité. L'ensemble du référentiel se présente dans l'esprit des textes réglementaires en vigueur et en anticipation de leurs nécessaires évolutions.

Les registres suivants seront abordés dans cette partie : **les liens entre actes et activités, la construction des compétences spécifiques au MK et au MKO, la construction des compétences communes au MK et au MKO, la construction du référentiel des Activités, des Actes et des compétences en MK et en MKO, la construction du parcours de formation en MK et MKO, l'articulation Formation/Savoirs en MK et MKO.**

1) Le référentiel MK

1.1) Les liens entre actes et activités

Les activités sont présentées dans un ordre de logique opératoire, sous la forme de verbes d'action, dans le cadre de l'exercice professionnel du MK :

1.1.1) Les activités spécifiques au MK :

- Examiner un patient de façon globale.
- Examiner un patient de façon analytique.
- Pratiquer : anamnèse, interrogatoire, examen physique : Inspection, évaluation statique, évaluation dynamique, examen palpatoire, évaluation des mobilités articulaires et tissulaires, évaluation, examen neurologique, synthèse clinique.
- Etablir un diagnostic kinésithérapique.
- Décider de la stratégie thérapeutique et de l'organisation des soins kinésithérapiques à mettre en œuvre.
- Proposer une réponse aux plaintes/demandes du patient.
- Informer / planifier les bilans et actes -Conseiller- Mettre en œuvre les actions de prévention secondaire.
- Communiquer et rendre compte de sa pratique aux autres professionnels de santé.

1.1.2) Les activités génériques :

Evaluer ses pratiques.

Se former tout au long de la vie.

Participer à des actions de santé publique.

Participer à la diffusion de la culture clinique et technique.

1.1.3) Le Référentiel Activités et Actes Kinésithérapiques

Activités	Actes
Examiner un patient de façon globale Examiner un patient de façon analytique	Observer, Pratiquer : anamnèse, interrogatoire, examen physique : Inspection, auscultation, évaluation morphologique, évaluation statique, évaluation dynamique, examen palpatoire, évaluation des mobilités articulaires et tissulaires, évaluation de l'équilibre et de la posture, évaluation des flux aériens, lymphatiques, sanguins et urinaires. Faire un examen neurologique et vasculaire. Palper, tester les mobilités articulaires et tissulaires, évaluer et faire le bilan analytique et global du patient en tenant compte de son environnement, faire une synthèse clinique.
Etablir un diagnostic kinésithérapique	Identifier les risques même en situation d'urgence. Analyser, synthétiser, problématiser, reconnaître les pathologies et les situations qui impliquent l'exclusion du patient du champ d'intervention kinésithérapique. Etablir un diagnostic intégrant un diagnostic d'exclusion et de contre -indication Informer-Expliquer-Communiquer.
Décider de la stratégie thérapeutique et des soins kinésithérapiques à mettre en œuvre	Mettre en place une stratégie thérapeutique kinésithérapique. Choisir les orientations et les techniques kinésithérapiques. Rechercher l'efficacité pratique selon les données actuelles de la science. Planifier les soins kinésithérapiques. Evaluer le bien fondé, l'efficacité et l'efficacité des soins prodigués.
Traiter les plaintes du patient	Ecouter, prendre en considération. Identifier les risques liés aux techniques kinésithérapiques. Traiter les conséquences des maladies. Réduit, corrige ou limite les déficiences et limitations fonctionnelles. Traiter les troubles fonctionnels. Participer au traitement de la douleur. Participer au traitement des troubles somatiques. Rechercher l'efficacité des soins prodigués. Assurer la traçabilité des soins.

Prévenir : conseiller et guider le patient	Proposer des conseils d'hygiène de vie. Mettre en œuvre les traitements préventifs. Mettre en œuvre les actions de prévention. Valoriser la gestualité la fonctionnalité et l'activité physique. Orienter autant que de besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.
Communiquer et rendre compte de sa pratique aux autres professionnels de santé	Tenir et gérer le dossier du patient. Assurer une traçabilité des bilans effectués. Créer les contacts nécessaires à la communication avec les autres professionnels. Créer les contacts nécessaires à la communication avec les autres professionnels.

1.1.4) Les Activités identiques à celles du MKO

- Evaluer, analyser et améliorer sa pratique professionnelle
- Rechercher et traiter des données scientifiques et/ou professionnelles
- Se former de façon continue
- Gérer une structure et ses ressources (gestion administrative-Gestion comptable-Gestion du personnel-Logistique et gestion du matériel)
- Participer à la continuité des soins et à des actions de santé publique
- Informer et former des étudiants et des professionnels

1.2) La construction des compétences du MK

1.2.1) Compétences propres

En lien avec la description des activités et des compétences, une liste de compétences génériques au MK peut être rédigée :

C1. Conduire et réaliser une évaluation clinique kinésithérapique analytique et globale du patient.

C2. Elaborer un diagnostic kinésithérapique.

C3. Concevoir et conduire une stratégie d'intervention en Kinésithérapie.

C4. Mettre en œuvre la prise en charge kinésithérapique.

C5. Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de

dépistage en kinésithérapie et en santé publique.

1.2.2) Le contenu de ces compétences

➤ *Compétence 1 : Conduire et réaliser une évaluation clinique analytique et globale du patient*

C1A. Conduire une écoute, un entretien, un interrogatoire visant à clarifier la demande et les besoins de la personne.

C1B. Analyser les demandes et les attentes de la personne et les données du dossier du patient.

C1C. Choisir des outils, des tests, des épreuves, des échelles de mesure et des indicateurs adaptés.

C1D. Evaluer et analyser les causes de la douleur.

C1E. Evaluer le niveau de dysfonctionnement articulaire, tissulaire, moteur, sensitif, sensoriel, cognitif de la personne en référence aux concepts kinésithérapiques, aux références existantes et aux recommandations.

C1F. Analyser l'impact des contextes sociaux-économiques, professionnels, environnementaux sur la personne prise en charge.

C1G. Assurer la traçabilité de l'évaluation clinique kinésithérapique.

➤ *Compétence 2 : Elaborer un diagnostic kinésithérapique*

C2A. Mettre en concordance les résultats de l'évaluation clinique kinésithérapique avec les plaintes du patient.

C2B. Evaluer les risques y compris en situation d'urgence.

C2C. Faire des hypothèses sur la nature et l'étendue des dysfonctions de la personne.

C2D. Identifier les indications et les contre-indications à une prise en charge kinésithérapique.

C2E. Etablir et formuler un diagnostic kinésithérapique.

C2F. Informer le patient.

➤ *Compétence 3 : Concevoir et conduire une stratégie d'intervention en Kinésithérapie.*

C3A. Elaborer et formaliser une stratégie d'intervention en lien avec la personne, des paramètres du contexte et de l'urgence des situations.

C3B. Déterminer les conditions nécessaires au déroulement de l'intervention.

C3C. Evaluer le niveau de compréhension de la stratégie d'intervention.

C3D. Identifier des critères de progression des niveaux atteints par la personne en lien avec la personne et ses attentes.

C3E. Informer la personne et recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques décidés.

C3F. Prévoir les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux normes ou aux protocoles existants.

C3G. Evaluer avec la personne et/ou son entourage les résultats de la mise en œuvre de la stratégie d'intervention kinésithérapique.

C3H. Faire évoluer la stratégie thérapeutique kinésithérapique si nécessaire.

➤ **Compétence 4 : Mettre en œuvre la prise en charge kinésithérapique.**

C4A. Identifier les risques iatrogènes à l'intervention en kinésithérapique.

C4B. Mettre en œuvre des techniques kinésithérapiques en vue de conserver ou retrouver un état de santé optimal en lien afin d'améliorer l'état de santé et le confort de la personne.

C4C. Adapter les protocoles nécessaires à l'application des activités kinésithérapiques, notamment dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.

C4D. Adapter les pratiques kinésithérapiques à l'évolution de la situation clinique.

C4E. Repérer les risques intéressant la personne ou le professionnel liés à la mise en œuvre des activités kinésithérapiques et déterminer les mesures préventives.

C4F. Assurer la traçabilité des soins en kinésithérapie dans le respect de la déontologie et de la réglementation.

C4G. Participer au traitement des troubles somatiques.

C4H. Créer et utiliser les outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant aux soins des personnes.

C4I. Situer les soins kinésithérapiques dans l'éventail de soins disponibles.

C4J. Evaluer les résultats obtenus et intégrer les adaptations au projet thérapeutique.

C4K. Définir et proposer des soins complémentaires si nécessaire

➤ **Compétence 5 : Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de dépistage en kinésithérapie et en santé publique.**

C5A. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des groupes en lien avec les problématiques d'kinésithérapie et de santé publique.

C5B. Repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne.

C5C. Conduire une démarche d'éducation et de prévention pour la santé en kinésithérapie par des actions pédagogiques individuelles et collectives.

C5D. Concevoir, proposer et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées.

C5E. Informer et conseiller des personnes en individuel et en groupe sur le dépistage de déficiences et de limitations fonctionnelles et des facteurs de risques en santé.

C5F. Contribuer à entretenir et à aider au maintien de l'état de santé des personnes.

C5G. Contribuer à rendre les patients responsables de leur santé.

1.3) Les compétences annexes (communes avec d'autres professions de santé)

Evaluer, analyser et améliorer sa pratique professionnelle.

Concevoir un projet de recherche.

Gérer une structure et ses ressources (gestion administrative-Gestion comptable-Gestion du personnel-Logistique et gestion du matériel).

Participer à la continuité des soins et à des actions de santé publique.

Informier et former des étudiants et des professionnels.

➤ *Compétence 6 : Evaluer, Analyser et Améliorer sa pratique professionnelle*

C6A. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle.

C6B. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs ou d'autres professionnels de santé.

C6C. Evaluer la mise en œuvre de ses interventions au regard des principes de qualité, de sécurité, et de satisfaction de la personne.

C6D. Conduire une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle en analysant sa pratique au regard de l'évolution des sciences et des techniques, des normes professionnelles, de la déontologie et de l'éthique.

C6E. Concevoir des outils et des indicateurs d'évaluation des situations en kinésithérapie.

C6F. Evaluer l'application des règles de traçabilité, d'hygiène et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, utilisation, circulation...) et identifier toute non-conformité.

C6G. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique en établissant une progression dans les acquisitions et les apprentissages à mettre en œuvre.

➤ *Compétence 7 : Concevoir un projet de recherche.*

C7A. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles.

C7B. Identifier une problématique et formuler un questionnement.

C7C. Identifier les ressources documentaires nécessaires, les travaux de recherche, et utiliser des bases de données actualisées.

C7D. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques nationales et internationales dans les

domaines scientifiques et professionnels de la kinésithérapie.

C7E. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés aux sujets des études et les mettre en œuvre.

C7F. Interpréter les résultats de l'investigation et les confronter aux connaissances existantes.

C7G. Produire des savoirs professionnels.

C7H. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale et/ou écrite.

➤ **Compétence 8 : Gérer une structure et ses ressources**

C8A. Elaborer et gérer un budget dans le cadre d'une structure.

C8B. Etablir, suivre, archiver les éléments de gestion administrative et comptable.

C8C. Evaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre.

C8D. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables.

C8E. Organiser le ou les planning (s), les rendez-vous et la répartition des activités.

C8F. Utiliser les logiciels de gestion spécifiques (comptabilité, prise de rendez-vous, statistiques d'activité...).

C8G. Mettre en œuvre les règles de gestion de personnel.

➤ **Compétence 9 : Participer à la continuité des soins et à des actions de santé publique.**

C9A. Identifier les acteurs de soins en vue de transmettre les informations pertinentes.

C9B. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité.

C9C. Participer à la coordination des activités et des soins auprès de la personne avec les différents acteurs de la santé, du social et en fonction des domaines de compétences.

C9D. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences.

C9E. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...).

C9F. Etablir une coopération interprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.

➤ **Compétence 10 : Informer et former des professionnels**

C10A. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans la structure ou le cabinet de soins.

C10B. Animer des séances de formation et d'information en kinésithérapie autour de la prise en charge des personnes.

C10C. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants.

C10D. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.

C10E. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique.

C10F. Communiquer en langue anglaise dans des échanges professionnels nationaux et internationaux.

1.4) Le Référentiel des Activités, des Actes et des compétences en Kinésithérapie.

Activités	Actes	Capacités – Compétences
<p>A. Examiner un patient de façon globale.</p> <p>Examiner un patient de façon analytique.</p>	<p>Observer, Questionner, Pratiquer : anamnèse, examen physique : Inspection, auscultation, évaluation statique, évaluation dynamique, examen palpatoire, évaluation des mobilités articulaires et tissulaires. Faire un examen neurologique. Reconnaître la sémiologie présentée par le patient Palper, tester les mobilités articulaires et tissulaires, évaluer et faire le bilan analytique et global du patient en tenant compte de son environnement, évaluer la capacité fonctionnelle et les performances fonctionnelles des sujets faire une synthèse clinique. Assurer la traçabilité.</p>	<p>C1A. Conduire une écoute, un entretien, un interrogatoire visant à clarifier la demande et les besoins de la personne.</p> <p>C1B. Analyser les demandes et les attentes de la personne et les données du dossier du patient.</p> <p>C1C. Choisir des outils, des tests, des épreuves, des échelles de mesure et des indicateurs adaptés.</p> <p>C1D. Evaluer et analyser les causes de la douleur.</p> <p>C1E. Evaluer le niveau de dysfonctionnement articulaire, tissulaire, moteur, sensitif, sensoriel, cognitif de la personne en référence aux concepts kinésithérapiques, aux références existantes et aux recommandations.</p> <p>C1F. Analyser l'impact des contextes sociaux-économiques, professionnels, environnementaux sur la personne prise en charge.</p> <p>C1G. Assurer la traçabilité de l'évaluation clinique ostéopathique.</p>
<p>B. Etablir un diagnostic kinésithérapique</p>	<p>Identifier les risques dans l'urgence. Analyser, synthétiser, problématiser, reconnaître les pathologies et les situations qui impliquent l'exclusion du patient du champ d'intervention kinésithérapique. Etablir un diagnostic.</p>	<p>C2A. Mettre en concordance les résultats de l'évaluation clinique ostéopathique avec les plaintes du patient.</p> <p>C2B. Evaluer les risques en situation d'urgence.</p> <p>C2C. Faire des hypothèses sur la nature et l'étendue des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation de la personne.</p>

	<p>Planifier une intervention négociée avec le patient /client</p> <p>Informer-Expliquer-Communiquer.</p>	<p>C2D. Identifier les indications et les contre-indications à une prise en charge masso-kinésithérapique.</p> <p>C2E. Etablir et formuler un diagnostic kinésithérapique.</p> <p>C2F. Informer le patient.</p>
<p>C. Décider des soins kinésithérapiques à mettre en œuvre</p>	<p>Mettre en place une stratégie thérapeutique kinésithérapique.</p> <p>Choisir les orientations et les techniques éducatives, manuelles ou instrumentales.</p> <p>Rechercher l'efficacité pratique.</p> <p>Planifier les soins ostéopathiques.</p> <p>Evaluer les soins prodigués.</p>	<p>C3A. Elaborer et formaliser une stratégie d'intervention en lien avec la personne, des paramètres du contexte et de l'urgence des situations.</p> <p>C3B. Déterminer les conditions nécessaires au déroulement de l'intervention.</p> <p>C3C. Evaluer le niveau de compréhension de la stratégie d'intervention.</p> <p>C3D. Identifier des critères de progression des niveaux atteints par la personne en lien avec la personne et ses attentes.</p> <p>C3E. Informer la personne et recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques décidés.</p> <p>C3F. Prévoir les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux normes ou aux protocoles existants.</p> <p>C3G. Evaluer avec la personne et/ou son entourage les résultats de la mise en œuvre de la stratégie d'intervention kinésithérapique.</p> <p>C3H. Faire évoluer la stratégie thérapeutique si nécessaire.</p>
<p>D. Traiter les plaintes du patient</p>	<p>Ecouter, prendre en considération.</p> <p>Identifier les risques liés à l'emploi des différentes techniques</p> <p>Corriger les déficiences, les limitations d'activité liés aux pathologies musculo-squelettiques, neuromusculaires, cardiovasculaires, respiratoires, tégumentaires sphinctériennes et des systèmes internes.</p> <p>Traiter les troubles fonctionnels.</p> <p>Participer au traitement de la douleur.</p> <p>Participer au traitement des</p>	<p>C4A. Identifier les risques iatrogènes à l'intervention en ostéopathie.</p> <p>C4B. Mettre en œuvre des techniques éducatives, manuelles ou instrumentales en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé et le confort de la personne ou de réduire les conséquences de la maladie.</p> <p>C4C. Adapter les protocoles nécessaires à l'application des activités ostéopathiques, notamment dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.</p> <p>C4D. Adapter les pratiques kinésithérapiques à l'évolution de la situation clinique.</p> <p>C4E. Repérer les risques intéressant la personne ou le professionnel liés à la mise en œuvre des activités ostéopathiques et déterminer les mesures préventives.</p>

	<p>conséquences des troubles somatiques. Rechercher l'efficacité des soins prodigués.</p> <p>Assurer la traçabilité des soins.</p>	<p>C4F. Assurer la traçabilité des soins en ostéopathie dans le respect de la déontologie et de la réglementation.</p> <p>C4G. Participer au traitement des troubles somatiques.</p> <p>C4H. Créer et utiliser les outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant aux soins des personnes.</p> <p>C4I. Situer les soins ostéopathiques dans l'éventail de soins disponibles.</p> <p>C4J. Evaluer les résultats obtenus et intégrer les adaptations au projet thérapeutique.</p> <p>C4K. Définir et proposer des soins complémentaires si nécessaire.</p>
<p>E. Prévenir : Informer- Conseiller et guider le patient</p>	<p>Proposer des conseils d'hygiène de vie. Mettre en œuvre les traitements préventifs. Mettre en œuvre les actions de prévention. Valoriser la gestualité, la fonctionnalité et l'activité physique. Orienter le patient vers d'autres professionnels de santé.</p>	<p>C5A. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des groupes en lien avec les problématiques de kinésithérapie et de santé publique.</p> <p>C5B. Repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne.</p> <p>C5C. Conduire une démarche d'éducation et de prévention pour la santé en kinésithérapie par des actions pédagogiques individuelles et collectives.</p> <p>C5D. Concevoir, proposer et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées.</p> <p>C5E. Informer et conseiller des personnes en individuel et en groupe sur le dépistage des troubles fonctionnels et des facteurs de risques en santé.</p> <p>C5F. Contribuer à entretenir et à aider au maintien de l'état de santé des personnes.</p> <p>C5G. Contribuer à rendre les patients responsables de leur santé.</p>
<p>F. Communiquer et rendre compte de sa pratique aux autres</p>	<p>Tenir et gérer le dossier du patient. Créer les contacts</p>	<p>C9A. Identifier les acteurs de soins en vue de transmettre les informations pertinentes.</p> <p>C9B. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité.</p> <p>C9C. Participer à la coordination des activités et des soins auprès de la personne avec les différents acteurs</p>

<p>professionnels de santé Participer à la continuité des soins.</p>	<p>nécessaires à la communication avec les autres professionnels.</p>	<p>de la santé, du social et en fonction des domaines de compétences.</p> <p>C9D. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences.</p> <p>C9E. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...).</p> <p>C9F. Etablir une coopération interprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.</p>
<p>G. Autres activités</p>	<p>Evaluer ses pratiques, se former de façon continue. Se référer aux données scientifiques et/ou professionnelles. Gérer une structure et ses ressources. Rechercher la continuité des soins.</p>	<p>C6A. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle. C6B. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs ou d'autres professionnels de santé. C6C. Evaluer la mise en œuvre de ses interventions au regard des principes de qualité, de sécurité, et de satisfaction de la personne.</p> <p>C4D. Conduire une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle en analysant sa pratique au regard de l'évolution des sciences et des techniques, des normes professionnelles, de la déontologie et de l'éthique. C6E. Concevoir des outils et des indicateurs d'évaluation des situations en kinésithérapie.</p> <p>C6F. Evaluer l'application des règles de traçabilité, d'hygiène et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, utilisation, circulation...) et identifier toute non-conformité.</p> <p>C7G. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique en établissant une progression dans les acquisitions et les apprentissages à mettre en œuvre.</p> <p>Compétences annexes : 7, 8, 9,10.</p>

1.5) La construction du cursus de formation en MK

A la suite d'une année de formation-orientation-sélection (60 ECTS) devant comprendre des UE particulières (correspondant à des UE de l'actuelle Première Année Commune des Etudes de Santé - PACES), la formation professionnelle spécifique se déroulera sur 3 ans (180 ECTS). Sous réserve de publication, les nouveaux textes régissant les études définissent, pour chacune des compétences, les unités d'enseignement correspondantes.

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 1 :

Elaborer un diagnostic en kinésithérapie

UE 2.1 Grands processus pathologiques

UE 2.2 Anatomie, morphologie, cinésiologie, pathologie et physiopathologie dans le champ musculosquelettique - 1

UE 2.3 Anatomie, morphologie, cinésiologie, pathologie et physiopathologie dans le champ musculosquelettique – 2

UE 2.4 Anatomie, morphologie, cinésiologie, pathologie et physiopathologie dans le champ musculosquelettique – 3

UE 2.5 Anatomie, physiologie, pathologie et physiopathologie dans le champ neuromusculaire 1

UE 2.6 Anatomie, physiologie, pathologie et physiopathologie dans le champ neuromusculaire 2

UE 2.7 Anatomie, physiologie, pathologies et physiopathologie des champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire. 1

UE 2.8 Anatomie, physiologie, pathologies et physiopathologie des champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire. 2

UE 3.3 Raisonnement clinique, diagnostic et conception du traitement et du suivi kinésithérapique

UE 4.1 Evaluations, techniques et outils d'intervention en kinésithérapie : généralités

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 2 :

Concevoir et conduire un projet d'intervention en kinésithérapie

UE 1.1 Individu, sociologie de la santé, situations de handicap et dépendance

UE3.1 Kinésithérapie et sciences du mouvement

UE 3.2 Etude du mouvement perturbé et pathologique

UE 3.6 Handicap, autonomie et réadaptation

UE 5.3 Méthodologie d'élaboration et de conduite de projet

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 3 :

Mettre en œuvre les activités de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation dans le domaine de la kinésithérapie

UE 2.9 Physiologie générale et appliquée : stress, fatigue et vieillissement

UE 2.10 Sciences cognitives, neuropsychologie et psychopathologies

UE 2.11 Anthropologie, physiologie et prise en charge de la douleur

UE 4.2 Evaluations, techniques et outils d'intervention en kinésithérapie dans le champ musculo squelettique 1

UE 4.3 Evaluations, techniques et outils d'intervention en kinésithérapie dans le champ musculo squelettique 2

UE 4.4 Evaluations, techniques et outils d'intervention en kinésithérapie dans le champ musculo squelettique 3

UE 4.5 Evaluations, techniques et outils d'intervention en kinésithérapie dans le champ neuro musculaire 1

UE 4.6 Evaluations, techniques et outils d'intervention en kinésithérapie dans le champ neuro musculaire 2

UE 4.7 Evaluations, techniques et outils d'intervention en kinésithérapie dans les champs respiratoire, cardio vasculaire, interne et tégumentaire 1

UE 4.8 Evaluations, techniques et outils d'intervention en kinésithérapie dans les champs respiratoire, cardio vasculaire, interne et tégumentaire 2

UE 4.11 Appareillage et dispositifs médicaux

UE 4.12 Activités sportives, activités physiques adaptées et handisport

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 4 :

Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et dépistage en kinésithérapie et en santé publique

UE 3. 5 Education à la santé, éducation thérapeutique et prévention

UE 3.7 Ergonomie et kinésithérapie

UE 4.10 Interventions du kinésithérapeute dans les champs de la prévention, de l'éducation à la santé et de l'ergonomie

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 5 :

Conduire une relation dans un contexte d'intervention kinésithérapique

UE1.6 Psychologie

UE 3.4 Communication et relation en kinésithérapie : apprentissage, relation d'aide et accompagnement

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 6 :

Analyser et améliorer sa pratique professionnelle

UE 1.2 Ethique et philosophie

UE 3.8 Epistémologie et évolution des concepts en kinésithérapie

UE 5.2 Méthodologie d'analyse de la pratique professionnelle

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 7 :

Concevoir un projet de recherche : Rechercher, analyser et traiter des données scientifiques et professionnelles

UE 5.1 Méthodologie de recherche documentaire, de lecture critique et de traitement de l'information, restitution et communication

UE 5.4 Méthodologie de la recherche et de l'évaluation en kinésithérapie

UE 5.5 Traitement des données et statistiques

UE 7.2 Anglais

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 8 :

Gérer une structure et ses ressources

UE 1.5 Droit, législation et gestion

UE 7.1 Certificat d'autonomie informatique/ internet

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 9 :

Coordonner des activités de santé et coopérer avec des professionnels de santé

UE 1.4 Histoire et sociologie des professions de santé et inter professionnalité

UE 4.9 Gestes et soins d'urgences

UE 4.13 Outils et démarches qualité sécurité traçabilité / gestion des risques

- Unités d'enseignement en relation avec la compétence 10 :

Informier et former des professionnels et des personnes en formation

UE 1.3 Sciences de l'éducation

Dans chacun des semestres, une unité d'intégration concourt à l'acquisition d'une ou plusieurs compétences. Sont ainsi combinés et mobilisés les ressources, savoirs et savoir-faire, acquis dans les UE du semestre en cours puis, progressivement, des semestres précédents :

Au semestre 3 : UE 6.1 Identification de la singularité d'un patient (compétences 1 et 5)

Au semestre 4 : UE 6.2 Exploration du contexte médico chirurgical (compétence 7 et 9)

Au semestre 5 : UE 6.3 Démarche diagnostique (compétence 1 et 4)

Au semestre 6 : UE 6.4 Projet kinésithérapique (compétences 2, 4 et 9)

Au semestre 7 : UE 6.5 Conduite de l'intervention (compétence 3, 6 et 8)

Au semestre 8 : UE 6.6 Mémoire (compétences 3, 6, 7 et 10)

1400 heures de stage sont prévues, correspondant à 40 ECTS.

1.6) L'articulation Formation/Savoirs en MK

Les références théoriques se construisent sur plusieurs supports qui constituent le socle des références des savoirs théoriques des MK.

2) Le référentiel MKO

2.1) Les liens entre actes et activités

Les activités sont présentées dans un ordre de logique opératoire, sous la forme de verbes d'action, dans le cadre de l'exercice professionnel du MKO:

Les activités spécifiques au MKO :

Examiner un patient de façon globale.

Examiner un patient de façon analytique.

Pratiquer : anamnèse, interrogatoire, examen physique : Inspection, évaluation statique, évaluation dynamique, examen palpatoire, évaluation des mobilités articulaires et tissulaires, évaluation viscérale, crânio-faciale, examen neurologique et vasculaire, synthèse clinique.

Etablir un diagnostic ostéopathique.

Décider de la stratégie thérapeutique et de l'organisation des soins ostéopathiques à mettre en œuvre.

Proposer une réponse aux plaintes du patient.

Informier / Tracer les bilans et actes ostéopathiques-Conseiller- Mettre en œuvre les actions de prévention secondaire.

Communiquer et rendre compte de sa pratique aux autres professionnels de santé.

Les activités génériques :

Evaluer ses pratiques.

Se former tout au long de la vie.

Participer à des actions de santé publique.

Participer à la diffusion de la culture clinique et technique.

Référentiel Activités et Actes Ostéopathiques

Activités	Actes
<p>Examiner un patient de façon heuristique</p> <p>Examiner un patient de façon analytique</p>	<p>Observer, Pratiquer : anamnèse, interrogatoire, examen physique : Inspection, auscultation, évaluation statique, évaluation dynamique, examen palpatoire, évaluation des mobilités articulaires et tissulaires, évaluation viscéro-pariétale, crânio-faciale. Faire un examen neurologique.</p> <p>Palper, tester les mobilités articulaires et tissulaires, évaluer et faire le bilan analytique et global du patient en tenant compte de son environnement, faire une synthèse clinique.</p>
<p>Etablir un diagnostic ostéopathique</p>	<p>Identifier les risques même en situation d'urgence.</p> <p>Analyser, synthétiser, problématiser, reconnaître les pathologies et les situations qui impliquent l'exclusion du patient du champ d'intervention ostéopathique.</p> <p>Etablir un diagnostic incluant un diagnostic d'exclusion et de contre-indication</p> <p>Informer-Expliquer-Communiquer.</p>
<p>Décider de la stratégie thérapeutique et des soins ostéopathiques à mettre en œuvre</p>	<p>Mettre en place une stratégie thérapeutique ostéopathique.</p> <p>Choisir les orientations et les techniques manipulatoires.</p> <p>Rechercher l'efficacité pratique.</p> <p>Planifier les soins ostéopathiques.</p> <p>Evaluer le bien fondé, l'efficacité et l'efficacité des soins prodigués.</p>
<p>Traiter les plaintes du patient</p>	<p>Ecouter, prendre en considération.</p> <p>Identifier les risques liés aux manipulations.</p> <p>Corriger les dysfonctions articulaires et tissulaires de l'appareil locomoteur et du rachis.</p> <p>Corriger les dysfonctions de mobilité tissulaire.</p> <p>Corriger les dysfonctions lombo-pelvi abdominales et crânio-faciales.</p> <p>Traiter les troubles fonctionnels.</p> <p>Participer au traitement de la douleur.</p> <p>Participer au traitement des troubles somatiques.</p> <p>Rechercher l'efficacité des soins prodigués.</p> <p>Assurer la traçabilité des soins.</p>
<p>Prévenir : conseiller et guider le patient</p>	<p>Proposer des conseils d'hygiène de vie.</p> <p>Mettre en œuvre les traitements préventifs.</p> <p>Mettre en œuvre les actions de prévention.</p> <p>Valoriser la gestualité et l'activité physique.</p> <p>Orienter le patient sur d'autres professionnels de santé.</p>
<p>Communiquer et rendre compte de sa pratique aux autres professionnels de santé</p>	<p>Tenir et gérer le dossier du patient.</p> <p>Assurer une traçabilité des bilans effectués.</p> <p>Créer les contacts nécessaires à la communication avec les autres professionnels.</p> <p>Créer les contacts nécessaires à la communication avec les autres professionnels.</p>

Activités annexes (identiques à celles du MK) :

Evaluer, analyser et améliorer sa pratique professionnelle

Rechercher et traiter des données scientifiques et/ou professionnelles

Se former de façon continue

Gérer une structure et ses ressources (gestion administrative-Gestion comptable-Gestion du personnel-Logistique et gestion du matériel)

Participer à la continuité des soins et à des actions de santé publique

Informier et former des étudiants et des professionnels

2.2) La construction des compétences du MKO

En lien avec la description des activités et des compétences, une liste de compétences génériques au MKO se dessine :

C1. Conduire et réaliser une évaluation clinique ostéopathique analytique et globale du patient.

C2. Elaborer un diagnostic ostéopathique.

C3. Concevoir et conduire une stratégie d'intervention en Ostéopathie.

C4. Mettre en œuvre la prise en charge ostéopathique.

C5. Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de dépistage en ostéopathie et en santé publique.

Le contenu de ces compétences :

➤ **Compétence 1** : *Conduire et réaliser une évaluation clinique ostéopathique analytique et globale du patient.*

C1A. Conduire une écoute, un entretien, un interrogatoire visant à clarifier la demande et les besoins de la personne.

C1B. Analyser les demandes et les attentes de la personne et les données du dossier du patient.

C1C. Choisir des outils, des tests, des épreuves, des échelles de mesure et des indicateurs adaptés.

C1D. Evaluer et analyser les causes de la douleur.

C1E. Evaluer le niveau de dysfonctionnement articulaire, tissulaire, moteur, sensitif, sensoriel, cognitif de la personne en référence aux concepts ostéopathiques, aux références existantes et aux recommandations.

C1F. Analyser l'impact des contextes sociaux-économiques, professionnels, environnementaux sur la personne prise en charge.

C1G. Assurer la traçabilité de l'évaluation clinique ostéopathique.

➤ **Compétence 2 : Elaborer un diagnostic ostéopathique**

C2A. Mettre en concordance les résultats de l'évaluation clinique ostéopathique avec les plaintes du patient.

C2B. Evaluer les risques y compris en situation d'urgence.

C2C. Faire des hypothèses sur la nature et l'étendue des dysfonctions de la personne.

C2D. Identifier les indications et les contre-indications à une prise en charge ostéopathique.

C2E. Etablir et formuler un diagnostic ostéopathique.

C2F. Informer le patient.

➤ **Compétence 3 : Concevoir et conduire une stratégie d'intervention en Ostéopathie**

C3A. Elaborer et formaliser une stratégie d'intervention en lien avec la personne, des paramètres du contexte et de l'urgence des situations.

C3B. Déterminer les conditions nécessaires au déroulement de l'intervention.

C3C. Evaluer le niveau de compréhension de la stratégie d'intervention.

C3D. Identifier des critères de progression des niveaux atteints par la personne en lien avec la personne et ses attentes.

C3E. Informer la personne et recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques décidés.

C3F. Prévoir les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux normes ou aux protocoles existants.

C3G. Evaluer avec la personne et/ou son entourage les résultats de la mise en œuvre de la stratégie d'intervention ostéopathique.

C3H. Faire évoluer la stratégie thérapeutique ostéopathique si nécessaire.

➤ **Compétence 4 : Mettre en œuvre la prise en charge ostéopathique**

C4A. Identifier les risques iatrogènes à l'intervention en ostéopathique.

C4B. Mettre en œuvre des techniques articulaires, tissulaires, viscérales et cervico-crânio-faciales en vue de maintenir l'équilibre physiologique des structures et de la personne suivant les concepts ostéopathiques afin d'améliorer l'état de santé et le confort de la personne.

C4C. Adapter les protocoles nécessaires à l'application des activités ostéopathiques, notamment dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.

C4D. Adapter les pratiques ostéopathiques à l'évolution de la situation clinique.

C4E. Repérer les risques intéressant la personne ou le professionnel liés à la mise en œuvre des activités ostéopathiques et déterminer les mesures préventives.

C4F. Assurer la traçabilité des soins en ostéopathie dans le respect de la déontologie et de la réglementation.

C4G. Participer au traitement des troubles somatiques.

C4H. Créer et utiliser les outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant aux soins des personnes.

C4I. Situer les soins ostéopathiques dans l'éventail de soins disponibles.

C4J. Evaluer les résultats obtenus et intégrer les adaptations au projet thérapeutique.

C4K. Définir et proposer des soins complémentaires si nécessaire.

➤ **Compétence 5 : Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de dépistage en kinésithérapie et en santé publique**

C5A. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des groupes en lien avec les problématiques de kinésithérapie et de santé publique.

C5B. Repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne.

C5C. Conduire une démarche d'éducation et de prévention pour la santé en kinésithérapie par des actions pédagogiques individuelles et collectives.

C5D. Concevoir, proposer et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées.

C5E. Informer et conseiller des personnes en individuel et en groupe sur le dépistage des troubles fonctionnels et des facteurs de risques en santé.

C5F. Contribuer à entretenir et à aider au maintien de l'état de santé des personnes.

C5G. Contribuer à rendre les patients responsables de leur santé.

2.3) La construction des compétences communes au MK et au MKO

C6. Evaluer, analyser et améliorer sa pratique professionnelle.

C7. Rechercher, analyser et traiter des données scientifiques et/ou professionnelles.

C8. Gérer une structure et ses ressources (gestion administrative-Gestion comptable-Gestion du personnel-Logistique et gestion du matériel).

C9. Participer à la continuité des soins et à des actions de santé publique.

C10. Informer et former des étudiants et des professionnels.

Le contenu des compétences :

➤ **Compétence 6 : Evaluer, Analyser et Améliorer sa pratique professionnelle**

C6A. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle.

C6B. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs ou d'autres professionnels de santé.

C6C. Evaluer la mise en œuvre de ses interventions au regard des principes de qualité, de sécurité, et de satisfaction de la personne.

C6D. Conduire une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle en analysant sa pratique au regard de l'évolution des sciences et des techniques, des normes professionnelles, de la déontologie et de l'éthique.

C6E. Concevoir des outils et des indicateurs d'évaluation des situations en ostéopathie.

C6F. Evaluer l'application des règles de traçabilité, d'hygiène et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, utilisation, circulation...) et identifier toute non-conformité.

C6G. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique en établissant une progression dans les acquisitions et les apprentissages à mettre en œuvre.

➤ **Compétence 7 : Rechercher et traiter des données scientifiques et/ou professionnelles**

C7A. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles.

C7B. Identifier une problématique et formuler un questionnement.

C7C. Identifier les ressources documentaires nécessaires, les travaux de recherche, et utiliser des bases de données actualisées.

C7D. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques nationales et internationales dans les domaines scientifiques et professionnels de l'ostéopathie et de la chiropraxie et de la thérapie manuelle.

C7E. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés aux sujets des études et les mettre en œuvre.

C7F. Interpréter les résultats de l'investigation et les confronter aux connaissances existantes.

C7G. Produire des savoirs professionnels.

C7H. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale et/ou écrite.

➤ **Compétence 8 : Gérer une structure et ses ressources**

C8A. Elaborer et gérer un budget dans le cadre d'une structure.

C8B. Etablir, suivre, archiver les éléments de gestion administrative et comptable.

C8C. Evaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre.

C8D. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables.

C8E. Organiser le ou les planning(s), les rendez-vous et la répartition des activités.

C8F. Utiliser les logiciels de gestion spécifiques (comptabilité, prise de rendez-vous, statistiques d'activités...).

C8G. Mettre en œuvre les règles de gestion de personnel.

➤ **Compétence 9 : Participer à la continuité des soins et à des actions de santé publique**

C9A. Identifier les acteurs de soins en vue de transmettre les informations pertinentes.

C9B. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité.

C9C. Participer à la coordination des activités et des soins auprès de la personne avec les différents acteurs de la santé, du social et en fonction des domaines de compétences.

C9D. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences.

C9E. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...).

C9F. Etablir une coopération interprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.

➤ **Compétence 10 : Informer et former des professionnels**

C10A. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans la structure ou le cabinet de soins.

C10B. Animer des séances de formation et d'information en ostéopathie autour de la prise en charge des personnes.

C10C. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants.

C10D. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.

C10E. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique.

C10F. Communiquer en langue anglaise dans des échanges professionnels nationaux et internationaux.

2.4) Le Référentiel des activités, des actes et des compétences du MKO

Activités	Actes	Capacités – Compétences
<p>A. Examiner un patient de façon globale.</p> <p>Examiner un patient de façon analytique.</p>	<p>Observer, Pratiquer : anamnèse, interrogatoire, examen physique : Inspection, auscultation, évaluation statique, évaluation dynamique, examen palpatoire, évaluation des mobilités articulaires et tissulaires, évaluation viscéro-pariétale, crânio-faciale. Faire un examen neurologique et vasculaire.</p> <p>Palper, tester les mobilités articulaires et tissulaires, évaluer et faire le bilan analytique et global du patient en tenant compte de son environnement, faire une synthèse clinique. Assurer la traçabilité.</p>	<p>C1A. Conduire une écoute, un entretien, un interrogatoire visant à clarifier la demande et les besoins de la personne.</p> <p>C1B. Analyser les demandes et les attentes de la personne et les données du dossier du patient.</p> <p>C1C. Choisir des outils, des tests, des épreuves, des échelles de mesure et des indicateurs adaptés.</p> <p>C1D. Evaluer et analyser les causes de la douleur.</p> <p>C1E. Evaluer le niveau de dysfonctionnement articulaire, tissulaire, moteur, sensitif, sensoriel, cognitif de la personne en référence aux concepts ostéopathiques, aux références existantes et aux recommandations.</p> <p>C1F. Analyser l'impact des contextes sociaux-économiques, professionnels, environnementaux sur la personne prise en charge.</p> <p>C1G. Assurer la traçabilité de l'évaluation clinique ostéopathique.</p>
<p>B. Etablir un diagnostic ostéopathique</p>	<p>Identifier les risques dans l'urgence. Analyser, synthétiser, problématiser, reconnaître les pathologies et les situations qui impliquent l'exclusion du patient du champ d'intervention ostéopathique. Etablir un diagnostic. Informer-Expliquer-Communiquer.</p>	<p>C2A. Mettre en concordance les résultats de l'évaluation clinique ostéopathique avec les plaintes du patient.</p> <p>C2B. Evaluer les risques en situation d'urgence.</p> <p>C2C. Faire des hypothèses sur la nature et l'étendue des dysfonctions de la personne.</p> <p>C2D. Identifier les indications et les contre-indications à une prise en charge ostéopathique.</p> <p>C2E. Etablir et formuler un diagnostic ostéopathique.</p> <p>C2F. Informer le patient.</p>
<p>C. Décider des soins ostéopathiques à mettre en œuvre</p>	<p>Mettre en place une stratégie thérapeutique ostéopathique. Choisir les orientations et les techniques manipulatives.</p> <p>Rechercher l'efficacité pratique.</p>	<p>C3A. Elaborer et formaliser une stratégie d'intervention en lien avec la personne, des paramètres du contexte et de l'urgence des situations.</p> <p>C3B. Déterminer les conditions nécessaires au déroulement de l'intervention.</p> <p>C3C. Evaluer le niveau de compréhension de la</p>

	<p>Planifier les soins ostéopathiques.</p> <p>Evaluer les soins prodigués.</p>	<p>stratégie d'intervention.</p> <p>C3D. Identifier des critères de progression des niveaux atteints par la personne en lien avec la personne et ses attentes.</p> <p>C3E. Informer la personne et recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques décidés.</p> <p>C3F. Prévoir les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux normes ou aux protocoles existants.</p> <p>C3G. Evaluer avec la personne et/ou son entourage les résultats de la mise en œuvre de la stratégie d'intervention ostéopathique.</p> <p>C3H. Faire évoluer la stratégie thérapeutique ostéopathique si nécessaire.</p>
<p>D. Traiter les plaintes du patient</p>	<p>Ecouter, prendre en considération.</p> <p>Identifier les risques liés aux manipulations.</p> <p>Corriger les dysfonctions articulaires et tissulaires de l'appareil locomoteur et du rachis.</p> <p>Corriger les dysfonctions de mobilité tissulaire.</p> <p>Corriger les dysfonctions lombo-pelvi abdominales et crânio-faciales.</p> <p>Traiter les troubles fonctionnels.</p> <p>Participer au traitement de la douleur.</p> <p>Participer au traitement des troubles somatiques.</p> <p>Rechercher l'efficacité des soins prodigués.</p> <p>Assurer la traçabilité des soins.</p>	<p>C4A. Identifier les risques iatrogènes à l'intervention en ostéopathique.</p> <p>C4B. Mettre en œuvre des techniques articulaires, tissulaires, viscérales et cervico crânio-faciales en vue de maintenir l'équilibre physiologique des structures et de la personne suivant les concepts ostéopathiques afin d'améliorer l'état de santé et le confort de la personne.</p> <p>C4C. Adapter les protocoles nécessaires à l'application des activités ostéopathiques, notamment dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.</p> <p>C4D. Adapter les pratiques ostéopathiques à l'évolution de la situation clinique.</p> <p>C4E. Repérer les risques intéressant la personne ou le professionnel liés à la mise en œuvre des activités ostéopathiques et déterminer les mesures préventives.</p> <p>C4F. Assurer la traçabilité des soins en ostéopathie dans le respect de la déontologie et de la réglementation.</p> <p>C4G. Participer au traitement des troubles somatiques.</p> <p>C4H. Créer et utiliser les outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant aux soins des personnes.</p> <p>C4I. Situer les soins ostéopathiques dans l'éventail de soins disponibles.</p> <p>C4J. Evaluer les résultats obtenus et intégrer les adaptations au projet thérapeutique.</p>

		C4K. Définir et proposer des soins complémentaires si nécessaire.
E. Prévenir : Informer- Conseiller et guider le patient	Proposer des conseils d'hygiène de vie. Mettre en œuvre les traitements préventifs. Mettre en œuvre les actions de prévention. Valoriser la gestualité et l'activité physique. Orienter le patient sur d'autres professionnels de santé.	C5A. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des groupes en lien avec les problématiques d'ostéopathie et de santé publique. C5B. Repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne. C5C. Conduire une démarche d'éducation et de prévention pour la santé en ostéopathie par des actions pédagogiques individuelles et collectives. C5C. Concevoir, proposer et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées. C5C. Informer et conseiller des personnes en individuel et en groupe sur le dépistage des troubles fonctionnels et des facteurs de risques en santé. C5C. Contribuer à entretenir et à aider au maintien de l'état de santé des personnes. C5D. Contribuer à rendre les patients responsables de leur santé.
F. Communiquer et rendre compte de sa pratique aux autres professionnels de santé Participer à la continuité des soins.	Tenir et gérer le dossier du patient. Créer les contacts nécessaires à la communication avec les autres professionnels.	C9A. Identifier les acteurs de soins en vue de transmettre les informations pertinentes. C9B. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité. C9C. Participer à la coordination des activités et des soins auprès de la personne avec les différents acteurs de la santé, du social et en fonction des domaines de compétences. C9D. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences. C9E. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...) C9F. Etablir une coopération interprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge

		sanitaire et médico-sociale.
G. Autres activités	<p>Evaluer ses pratiques, se former de façon continue. Se référer aux données scientifiques et/ou professionnelles. Gérer une structure et ses ressources. Rechercher la continuité des soins.</p>	<p>C6A. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle. C6B. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs ou d'autres professionnels de santé. C6C. Evaluer la mise en œuvre de ses interventions au regard des principes de qualité, de sécurité, et de satisfaction de la personne.</p> <p>C4D. Conduire une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle en analysant sa pratique au regard de l'évolution des sciences et des techniques, des normes professionnelles, de la déontologie et de l'éthique. C6E. Concevoir des outils et des indicateurs d'évaluation des situations en ostéopathie. C6F. Evaluer l'application des règles de traçabilité, d'hygiène et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, utilisation, circulation...) et identifier toute non-conformité.</p> <p>C7G. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique en établissant une progression dans les acquisitions et les apprentissages à mettre en œuvre.</p> <p>Compétences annexes : 7, 8, 9,10.</p>

2.5) La construction du cursus de formation en MKO

CURRICULUM DE FORMATION EN OSTÉOPATHIE				
UNITE DE FORMATION 1	NOMBRE D'HEURES			COMPETENCES VISEES
	C.M	T.P	TOTAL	
Concepts et techniques ostéopathiques				
Historique-concepts de l'ostéopathie-principes-notions de dysfonction. Cadre des Indications, des contre-indications, Champ professionnel de l'exercice	20		20	C2B
Techniques Ostéopathiques	130	370	500	C4B, C4D

Repérage anatomo palpatoire				
Tests cliniques ostéopathiques				
Techniques structurelles				
Techniques myotensives				
Techniques réflexes				
Techniques fasciales				
Techniques fonctionnelles				
Techniques viscérales				
Techniques crânio-faciales				
SOUS TOTAL	150 H	370 H	520 H	
UNITE DE FORMATION 2				
Formation au diagnostic Ostéopathique- Inclusions-exclusions. Diagnostic ostéopathique. Eléments de diagnostics différentiels, tests et conditions d'exclusion (contre-indications absolues et conditionnelles) de la prise en charge des patients				
Le concept théorique du diagnostic ostéopathique et formation au Diagnostic ostéopathique	40		40	C1, C2
Séméiologie et orientations en rhumatologie, traumatologie, neurologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, uro-gynécologie, endocrinologie, ORL, pédiatrie, approche psychosomatique	66		66	
Approche nutritionnelle et micro nutritionnelle appliquée aux troubles musculo squelettiques-et aux troubles fonctionnels circulatoires et neurologiques	20		20	

Imagerie médicale	32		32	
Biologie- Pharmacologie	8		8	
Cadre juridique	4		4	
SOUS TOTAL	170 H		170 H	
UNITE DE FORMATION 3				
Formation à la prise en charge clinique ostéopathe				
Du diagnostic à la prise en charge globale ostéopathe		117	117	C1, C2, C3, C4, C5
Les liens ostéopathiques (liens mécaniques, neurologiques, vasculaires viscéro-pariétaux et cervico-crânio-faciaux)	12	88	100	C1, C2, C3, C4, C5
Les différentes thématiques de motifs de consultations abordées sous forme de résolution de cas cliniques	23	70	93	
SOUS TOTAL	35 H	275 H	310 H	
UNITE DE FORMATION 4				
Stages cliniques		200	200	C1, C2, C3, C4, C5
SOUS TOTAL		200 H	200 H	
TOTAL UNITES 1, 2, 3, 4	355 H	845 H	1200 H	

2.6) L'articulation Formation/Savoirs en MKO

Les publications ostéopathiques sont foisonnantes. Beaucoup d'ouvrages ostéopathiques sont d'ordre général, et traitent de plusieurs orientations thérapeutiques. D'autres sont des monographies pluridisciplinaires sur un sujet ou une région.

Ils sont donc difficiles à classer dans les unités de formation pédagogique, de même que les articles spécialisés des revues référencées. La bibliographie présentée est un état de l'art actuel des ressources théoriques utilisées.

Conclusion

Ce référentiel s'inscrit donc dans une démarche de professionnalisation des MK et des MKO en rapprochant les savoirs professionnels des savoirs scientifiques par la présentation finale d'une base bibliographique référencée. S'appuyer sur cette base solidifie le rapport aux savoirs des MK et des MKO.

3^{ème} Partie : les rôles professionnels des MK et des MKO

Introduction : la définition des rôles professionnels MK et MKO

Dans l'élaboration du rapport Actes/Activités/Compétences/Formation/Savoirs, la reconnaissance des compétences professionnelles des MK et des MKO s'inscrit dans un processus de professionnalisation. Les processus de professionnalisation sont étroitement liés à la construction de savoirs théoriques, pratiques ou encore professionnels dans les situations formatives et professionnelles. Ce sont souvent des combinaisons de savoirs qui relient l'individu à l'apprentissage au regard de sa trajectoire personnelle et des contextes formatifs et de travail spécifiques. La professionnalisation se déploie en vue de la « fabrication » d'un professionnel par la formation avec, en corollaire, un besoin accru de légitimité et d'efficacité des pratiques professionnelles. La professionnalisation revêt une dimension du temps vécu individuel, il s'agit d'une construction qui peut se faire tout au long d'une vie dans des formes expérientielles différenciées.

Afin de compléter notre démarche nous nous sommes inspirés du modèle intitulé « profil de compétences de troisième génération » (source : *Profil des compétences essentielles des masseur-kinésithérapeutes au Canada octobre 2009*) qui décrit les compétences essentielles des masseurs-kinésithérapeutes tout au long de leur carrière professionnelle en prenant en compte la dimension temporelle de l'expérience. « *Le profil ... contribue à l'évolution de la profession dans le contexte de la nature changeante des environnements de pratique et des avancées dans la pratique fondée sur l'expérience et les faits* » (p.4). Le cadre temporel structure l'évolution des compétences professionnelles et permet de repérer des rôles professionnels exercés tout au long de leur carrière par les MK et les MKO en tant que professionnels de santé.

1) Les 6 rôles professionnels repérés chez les MK/MKO

Nous avons défini, à partir de la construction du référentiel présenté dans la seconde partie, six rôles professionnels permettant aux MK et aux MKO de développer leurs compétences

tout au long de leur vie professionnelle. Les 6 rôles sont les suivants :

- 1 : Expert
- 2 : Praticien
- 3 : Educateur
- 4 : Formateur
- 5 : Gestionnaire
- 6 : Responsable au regard de la déontologie professionnelle

Ces 6 rôles se définissent de la façon suivante :

1.1) **Expert**

Le MK et le MKO se définissent à travers l'intégration de l'ensemble de leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être concernant la santé du patient en vue d'un traitement kinésithérapique ou ostéopathique. L'expert utilise avec pertinence cette intégration en fonction de la personne soignée et de la situation.

1.2) **Praticien**

Le MKO effectue des actes de manipulations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, en accès direct du patient vers le MKO, en respectant la Loi. Le MKO est engagé dans la formation continue dans sa propre pratique en appliquant la législation actuelle concernant le DPC. Le MKO travaillent efficacement, en collaboration, à promouvoir la pratique interprofessionnelle et à obtenir des soins de qualité optimale dans la pratique MKO.

1.3) **Educateur**

Le rôle du MK et du MKO éducateur s'inscrit pleinement dans la loi HPST qui met une place prioritaire à l'éducation thérapeutique et à la prévention. Il communique avec les patients, leur famille et les professionnels de santé intervenant dans le parcours de soin au service de soins de qualité et de la promotion de la santé et le bien-être de la population. Il utilise les théories, les modèles et outils développés en éducation et obtient un consentement éclairé du patient.

1.4) Formateur

Le MK et le MKO sont engagés dans la recherche, la création, l'application, la diffusion et la transposition du savoir dans la pratique de la Kinésithérapie et de la kinésithérapie-ostéopathie. Ils assurent un rôle dans la formation des étudiants et de leurs pairs.

1.5) Gestionnaire

Quel que soit le contexte professionnel, le MK et le MKO assurent l'adéquation optimale entre la bonne pratique au service du patient, la gestion des ressources humaines et matérielles, les coûts de santé publique et la temporalité.

1.6) Responsable au regard de la déontologie professionnelle

Le MK et le MKO s'engagent à agir dans le meilleur intérêt du client et de la société par des pratiques conformes à la déontologie, par le respect de la réglementation encadrant la profession et par des normes comportementales personnelles élevées.

2) Les définitions des compétences « principales » des six rôles professionnels

2.1) Expert

- Rechercher, analyser et traiter des données scientifiques et/ou professionnelles.
- Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques nationales et internationales dans les domaines scientifiques et professionnels de la kinésithérapie, de l'ostéopathie et de la thérapie manuelle.
- Capacité à déduire sa stratégie d'intervention kinésithérapique et/ou ostéopathique suite à la consultation du patient avec anamnèse, recueil de toutes les informations du dossier médical, étiologie des troubles fonctionnels et tissulaires des résultats de traitements préexistants éventuels et de ses attentes actuelles.

- Capacité de restitution au patient de la conclusion et de la proposition de soin pour rétablir les dysfonctions des tissus.

2.2) **Praticien :**

- Développer une posture réflexive dans sa pratique avec évaluation, en temps réel, des dysfonctions somatiques et du feed-back du patient, selon les concepts holistiques ostéopathiques.
- Recueillir les données d'évaluation scientifique pour répondre aux besoins de ses patients et à l'amélioration de leur bien-être.
- Se former en permanence notamment, aux règles de bonnes pratiques. S'engager à entretenir et à perfectionner ses connaissances au service de l'amélioration de la qualité des soins et du service rendu aux patients et à participer à l'évaluation de ses pratiques professionnelles. (article R.4321-62 du Code de déontologie des masseurs kinésithérapeutes ; article L.4382-1 du code de la santé publique).
- Réorienter le patient dans les cas où le traitement kinésithérapique ou ostéopathique serait non conforme.
- Le Développement Professionnel Continu (DPC), défini par la Loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire – Article 59), intègre des dimensions variées associant :
 - l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
 - le perfectionnement des connaissances, personnelles et pluri professionnelles
 - l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
 - la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé
- Le masseur-kinésithérapeute ostéopathe ne peut se soustraire à ses obligations de formation continue sans commettre une faute disciplinaire. C'est en substance le

principe rappelé par l'article 62 du code de déontologie (article R4321-62 du code de la santé publique).

2.3) Educateur

- Eduquer à la connaissance, la compréhension et les possibilités d'actions du patient sur son corps, sa psychologie et son environnement
- Aider à la découverte et à la prise de confiance du patient dans son potentiel de guérison
- Comprendre et accepter ou refuser le traitement proposé.
- Développer l'apprentissage à l'autonomie et/ou au retour à l'autonomie
- Diminuer les comportements et les modes de vie nocifs.
- Favoriser la reprise d'une activité physique et professionnelle rapide et individualisée
- Optimiser l'autonomisation du patient par rapport à sa santé.
- Absence de récidives et de complications prévenant la chronicité
- Optimiser les possibilités fonctionnelles en adéquation avec l'environnement du patient, ses demandes et ses besoins
- Apprentissage du « concept » douleur, sa signification, sa distanciation, de l'interaction entre comportement et degré de douleur ressenti.
- Adapter et éduquer aux aides techniques.
- Diminuer les situations de handicap.
- Education thérapeutique visant à l'absence de complications, d'hospitalisations, de récidives des crises.
- Diminuer la médication et les arrêts de travail, en équipe avec les autres soignants
- Conseil pour l'hygiène de vie, l'alimentation, les modes de vie, les comportements nuisibles, la poursuite d'exercices physiques adaptés.
- Optimiser l'autonomisation du patient, sa responsabilisation et la gestion de sa santé.

2.4) Formateur

- Informer et former des étudiants et des professionnels

- Enseigner l'ostéopathie aux étudiants.
- Enseignement en formation initiale de MK.
- Enseigner les réglementations en vigueur (Code de déontologie, CSP).
- Former les formateurs animant le DPC.
- Enseigner en université et participation à des travaux de recherche.
- Participer à la formation des intervenants professionnels en cabinets, structures ou lieux de stages cliniques

2.5) **Gestionnaire**

- Gérer une structure et ses ressources (gestion administrative-Gestion comptable-Gestion du personnel-Logistique et gestion du matériel).
- Elaborer et gérer un budget dans le cadre d'une structure.
- Assurer la gestion de l'adéquation optimale entre la bonne pratique au service du patient, la gestion des coûts de santé publique et la temporalité.
- Gérer les problématiques temporelles et financières du lieu d'exercice.
- Gérer les ressources Humaines.
- Administrer et superviser le personnel participant à la prestation de services en tant que cadre de santé.
- Gérer des collaborations et des échanges intra disciplinaires et interprofessionnelles afin de répondre de façon optimale aux besoins des patients et de prévenir, de gérer et de dénouer les conflits éventuels.

2.6) **Responsable au regard de la déontologie professionnelle**

- Exercer dans le cadre du code de déontologie, CSP
- Lutter contre l'exclusion et l'isolement du patient
- Contribuer à socialiser l'individu dans et avec son environnement
- Signaler et aider à la protection contre les violences
- Respecter l'individualité et l'autonomie du patient.

- Avoir le consentement éclairé du patient pour le traitement kinésithérapique et ostéopathique en première intention ou du professionnel médecin pour une éventuelle indication.
- Informer le patient des conditions de traitement tarifées selon les normes en vigueur, en respectant l'éthique et la morale.
- Gérer les urgences et la continuité des soins.

3) Les compétences utilisées par le MK dans l'exercice de ses différents rôles professionnels

En lien avec la description des activités et des compétences, une liste de compétences génériques au MK se dessine au niveau international. Le Profil des compétences essentielles des masseur-kinésithérapeutes au Canada (le Profil) a pu voir le jour grâce à la collaboration de nombreuses personnes et d'autant d'organismes. Cette initiative du groupe consultatif national en [masso-kinésithérapie] a été dirigée par l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la [masso-kinésithérapie] (l'Alliance). Les organismes qui y ont participé sont notamment le Conseil canadien pour l'agrément des programmes universitaires de [masso-kinésithérapie] (CCAPUP), l'Association canadienne de [masso-kinésithérapie] (ACP) et le Conseil canadien des programmes universitaires de [masso-kinésithérapie].

3.1) Expert

En tant qu'experts de la fonction et de la mobilité, les masseur-kinésithérapeutes intègrent tous les rôles du masseur-kinésithérapeute pour agir comme chefs de file de la promotion, de l'amélioration et du maintien de la mobilité, de la santé et du bien-être des [des personnes vivant sur le territoire français].

3.1.1) Consulte le [patient/client] afin d'obtenir des renseignements sur sa santé, ses antécédents en la matière, les interventions déjà subies et les résultats qui en ont découlé.

3.1.1.1 Recueille et analyse des renseignements contextuels pertinents à la santé du [patient/client].

3.1.1.2 Établit les attentes du [patient/client] face aux services de [masso-kinésithérapie].

3.1.1.3 Recueille et analyse les renseignements sur la santé du [patient/client] provenant d'autres sources (p. ex. anciens dossiers de santé, autres professionnels de la santé, collègues, membres de la famille).

3.1.1.4 Recueille et analyse les renseignements liés aux capacités fonctionnelles antérieures du [patient/client], à ses capacités physiques et à sa participation.

3.1.1.5 Identifie les facteurs propres au [patient/client] et les facteurs environnementaux affectant ses capacités fonctionnelles, ses capacités physiques et sa participation.

3.1.2) Recueil des données d'évaluation pertinentes pour les besoins du [patient/client] et pour la pratique de la masso-kinésithérapie.

3.1.2.1 Choisit les méthodes quantitatives et qualitatives et les mesures à mettre en place en fonction d'une pratique fondée sur l'expérience et les faits.

3.1.2.2 Renseigne le [patient/client] sur la nature et les objectifs de l'évaluation et sur tous les risques notables qui s'y rattachent.

3.1.2.3 Effectue de manière sécuritaire une évaluation en [masso-kinésithérapie], en tenant compte du consentement du [patient/client], des indications, des guides de pratique, des limites et des considérations risques-avantages propres au [patient/client].

3.1.2.4 Exerce une surveillance de l'état de santé du [patient/client] et de tout changement notable au cours de l'évaluation et, au besoin, prend les mesures qui s'imposent.

3.1.3) Analyse les constatations de cette évaluation.

3.1.3.1 Identifie la nature et l'étendue de l'invalidité du [patient/client], ses limites d'activité et les restrictions à sa participation dans le contexte des besoins de ce [patient/client].

3.1.3.2 Identifie le soutien et les obstacles environnementaux et personnels propres au [patient/client].

3.1.3.3 Établit des relations entre les diverses constatations résultant de son évaluation.

3.1.4) Élabore un diagnostic et un pronostic en [masso-kinésithérapie].

3.1.4.1 Établit un diagnostic en [masso-kinésithérapie] en fonction des constatations découlant de l'analyse de l'évaluation du [patient/client].

3.1.4.2 Identifie la nécessité et la valeur potentielle d'une intervention par un masseur-kinésithérapeute.

3.1.4.3 Discute du diagnostic et du pronostic en [masso-kinésithérapie] avec le [patient/client] et avec d'autres professionnels de la santé.

3.1.5) Élabore et recommande une stratégie d'intervention.

3.1.5.1 Détermine et classe en fonction des priorités, avec le [patient/client], les résultats attendus en fonction de son évaluation et d'une pratique fondée sur l'expérience et les faits.

3.1.5.2 Recommande une approche thérapeutique harmonisée aux besoins et objectifs du [patient/client], en fonction des ressources disponibles.

3.1.5.3 Détermine si les services de [masso-kinésithérapie] ne sont pas nécessaires ou sont indiqués, et dirige le patient vers d'autres services au besoin.

3.1.5.4 Fixe des objectifs spécifiques, mesurables, axés sur des mesures concrètes, réalistes et précises dans le temps.

3.1.5.5 Choisit les interventions fondées sur l'expérience et les faits en accord avec les objectifs du [patient/client], son état général de santé, ses besoins fonctionnels et les résultats de son évaluation.

3.1.6) Met en œuvre ces interventions.

3.1.6.1 Oriente le [patient/client] vers le milieu de pratique pertinent et le renseigne sur les services ou les politiques qui s'y rattachent (p. ex. les lieux, la durée des interventions, leur fréquence et leur coût; présente au [patient/client] le personnel qui participera à ses soins; le renseigne sur la fin du service).

3.1.6.2 Effectue les interventions en [masso-kinésithérapie] avec le consentement du [patient/client], de manière sécuritaire et efficace.

3.1.6.3 Établit les besoins du [patient/client] en termes de supervision et met en place les mécanismes de contrôle appropriés au cours des interventions en [masso-kinésithérapie].

3.1.6.4 Éduque le [patient/client] en matière de promotion de la santé, d'autogestion de sa santé et le renseigne sur les services pertinents à sa condition particulière.

3.1.6.5 Assure la continuité de la prestation de services de [masso-kinésithérapie], là où les ressources le permettent (communique par exemple avec les masseur-kinésithérapeutes et les

autres professionnels de la santé partageant la responsabilité de la prestation de soins; assure des services de remplacement au besoin).

3.1.7) Évalue l'efficacité de ces interventions.

3.1.7.1 Discute avec le [patient/client] sur la nature, les objectifs et les constatations de l'évaluation continue et sur les résultats obtenus.

3.1.7.2 Assure la surveillance des réactions du [patient/client] et des changements à son état de santé à la suite des interventions et les modifie en conséquence.

3.1.7.3 Évalue l'efficacité de la stratégie d'intervention de façon continue à l'aide des mesures de résultats appropriés.

3.1.7.4 Consulte le [patient/client] en vue de redéfinir les objectifs et de modifier ou d'interrompre la stratégie d'intervention si nécessaire.

3.1.8) Complète les services de masso-kinésithérapie.

3.1.8.1 Élabore, en consultation avec le [patient/client], un plan en vue de compléter la prestation des services de [masso-kinésithérapie].

3.1.8.2 Évalue l'état du [patient/client] avant la fin du service de [masso-kinésithérapie] et le compare à celui constaté lors de l'évaluation.

3.1.8.3 Cesse l'intervention en [masso-kinésithérapie] tel que prévu ou à la demande du [patient/client].

3.1.8.4 Communique avec le [patient/client] concernant la fin du service (recommande par exemple des options de service ou un plan d'autogestion).

3.2) Communicant

Les masseur-kinésithérapeutes communiquent efficacement pour créer des relations professionnelles avec les patients, leur famille, les fournisseurs de soins et autres parties prenantes.

3.2.1) Grâce à une communication efficace, crée, construit et entretient une relation professionnelle fondée sur la confiance et sur l'éthique.

3.2.1.1 Fait preuve de sensibilité à la personnalité unique de chacun.

3.2.1.2 Écoute efficacement et facilite la discussion afin de susciter un échange réciproque d'information.

3.2.1.3 Démontre une sensibilité aux comportements de soi et aux réactions des autres et adapte sa façon de communiquer en conséquence.

3.2.1.4 Respecte la confidentialité, la vie privée et l'autonomie des [patients/clients].

3.2.2) Repère, analyse, note, applique, relaie et partage l'information.

3.2.2.1 Recherche et rassemble de l'information des [patients/clients] et d'autres sources en vue de contribuer à une prise de décision partagée et réfléchie.

3.2.2.2 Pose des questions claires et incite à ce qu'on lui en pose.

3.2.2.3 Fournit de l'information et répond aux questions de façon sincère, objective, sensible, empathique et respectueuse.

3.2.3) Utilise efficacement les communications verbales, non verbales, écrites et électroniques.

3.2.3.1 Produit et tient à jour des dossiers lisibles, exacts et appropriés satisfaisant les exigences réglementaires (qui peuvent être par exemple en format imprimé ou électronique, et en fonction de l'équipement ou au sujet du [patient/client]).

3.2.3.2 Présente efficacement l'information concernant les soins au [patient/client] et la prestation de services de [masso-kinésithérapie].

3.3) Collaborateur

Les masseur-kinésithérapeutes travaillent efficacement, en collaboration, à promouvoir la pratique interprofessionnelle et à obtenir des soins de qualité optimale pour les [patients/clients].

3.3.1) Établit et maintient des relations interprofessionnelles qui favorisent une collaboration efficace, centrée sur le [patient/client].

3.3.1.1 Démontre une compréhension des rôles, des responsabilités et des divers points de vue des membres de l'équipe et les respecte.

3.3.1.2 Intègre les connaissances et une compréhension du rôle du masseur-kinésithérapeute et des autres professionnels dans la prestation de soins centrés sur le [patient/client].

3.3.1.3 Consulte et partage en temps opportun l'information pertinente avec les [patients/clients], les autres professionnels de la santé et tous les individus ou groupes concernés.

3.3.1.4 Favorise une prise de décision commune active et réfléchie.

3.3.1.5 Favorise la collaboration avec les tiers pertinents.

3.3.2) Collabore avec les autres en vue de prévenir, de gérer et de dénouer les conflits.

3.3.2.1 Identifie les enjeux susceptibles de contribuer à l'émergence de conflits entre le masseur-kinésithérapeute et le [patient/client] ou entre les membres de l'équipe (reconnait par exemple que les croyances, les perceptions et les valeurs de chacun peuvent contribuer à des tensions interprofessionnelles).

3.3.2.2 Prend rapidement en charge les conflits.

3.3.2.3 Démontre une attitude respectueuse envers ses collègues et les membres de l'équipe interprofessionnelle.

3.3.2.4 Emploie des techniques collaboratives pour la résolution de conflits.

3.4) Gestionnaire

Les masseur-kinésithérapeutes assurent la gestion de leur temps, des ressources et des priorités à tous les niveaux pour leur pratique et pour assurer une pratique viable de la [masso-kinésithérapie] dans l'ensemble.

3.4.1) Assure efficacement la gestion de sa pratique individuelle.

3.4.1.1 Comprend la structure, le financement et le fonctionnement du système de santé dans le contexte de la pratique de la [masso-kinésithérapie].

3.4.1.2 Assure des services en tenant compte des besoins du [patient/client] et de l'attribution des ressources humaines, physiques et financières disponibles.

3.4.1.3 Établit des priorités et assure la gestion du temps pour la prestation de services aux [patients/clients] et pour la pratique générale de la [masso-kinésithérapie].

3.4.1.4 Conserve un équilibre entre le temps consacré au travail, à ses activités professionnelles et à ses responsabilités personnelles.

3.4.2) Administre et supervise le personnel participant à la prestation de soins en [masso-kinésithérapie].

3.4.2.1 Évalue, guide et formule constamment des commentaires visant à aider le personnel participant à la prestation de soins en [masso-kinésithérapie] et lui offre des possibilités de formation continue.

3.4.2.2 Attribue des tâches et assure la surveillance du personnel agissant dans le cadre des lignes directrices imposées par la réglementation.

3.4.2.3 Accepte les responsabilités inhérentes aux actes et résultant des décisions pour lesquelles le masseur-kinésithérapeute est tenu de rendre des comptes.

3.4.3) Participe à des activités qui contribuent à une pratique sûre et efficace de la [masso-kinésithérapie].

3.4.3.1 Anticipe, reconnaît et prévient les risques au sein de l'environnement physique (p. ex. la prévention et le contrôle des infections; la gestion des déchets dangereux; la sécurité des installations électriques et de l'équipement).

3.4.3.2 Dispense des services de [masso-kinésithérapie] dans un environnement sûr pour lui-même, les autres membres de l'équipe et le personnel.

3.4.3.3 Favorise la sécurité du [patient/client] par la sélection et la réalisation de l'évaluation, de l'intervention et des mesures d'évaluation.

3.4.3.4 Participe à l'amélioration de la qualité et aux initiatives visant à favoriser la sécurité des [patients/clients].

3.5) Défenseur

Les masseur-kinésithérapeutes utilisent leur savoir et leur expertise de façon responsable pour

promouvoir la santé et le bien-être de leurs [patients/clients] individuels, des collectivités, de la population en général et de la profession.

3.5.1) Travaille en collaboration en vue d'identifier et de réagir aux besoins et aux préoccupations en matière de santé de ses [patients/clients] individuels, de la population en général et de la collectivité; assure la promotion de ces besoins et préoccupations.

3.5.1.1 Collabore avec les [patients/clients] et les autres fournisseurs de soins de santé en vue de comprendre, d'identifier et de promouvoir les besoins et les préoccupations en santé et en [masso-kinésithérapie] des [patients/clients] et de la population de [patients/clients].

3.5.1.2 Donne son opinion sur les enjeux en santé identifiés par le [patient/client] et, avec les autres fournisseurs de soins de santé ou les membres de l'équipe de soins, amène le [patient/client] à parler en son propre nom.

3.5.1.3 Comprend les limites et les possibilités au sein du milieu de pratique pour prendre en charge les enjeux en matière de santé, et travaille en collaboration à l'élaboration de stratégies visant à optimiser les soins au [patient/client] (aide par exemple les [patients/clients] à avoir accès à des services abordables, en temps opportun; les aide à naviguer et à coordonner leurs soins à l'intérieur du système de santé).

3.5.1.4 Identifie les déterminants de la santé des [patients]/des populations de [patients/clients] et comprend les facteurs faisant obstacle à l'accès aux services et aux ressources.

3.5.1.5 Décrit le rôle de la profession dans la promotion de la santé et de la sécurité.

3.5.1.6 Utilise toutes les occasions de communiquer le rôle et les avantages de la [masso-kinésithérapie] pour améliorer la santé des individus et de la communauté, notamment par la promotion de la santé et par la prévention.

3.6) Praticien érudit

Les masseur-kinésithérapeutes sont engagés dans la formation continue, dans le but d'améliorer les résultats chez leurs [patients/clients], et ce par la recherche, la création, l'application, la diffusion et la transposition du savoir dans la pratique de la [masso-kinésithérapie].

3.6.1) A recours à une approche réfléchie de la pratique.

3.6.1.1 Utilise l'autoévaluation et les commentaires des [patients/clients] et d'autres fournisseurs de soins pour réfléchir aux gestes faits et aux décisions qu'il a prises afin de favoriser une amélioration continue de ses connaissances et de ses habiletés.

3.6.1.2 Utilise une approche de résolution de problèmes pour prendre des décisions et mettre en œuvre des mesures.

3.6.1.3 Est conscient et tient compte des répercussions de ses propres antécédents, de son éducation, de ses expériences, de ses perspectives, de ses valeurs et de ses croyances sur la prise de décision.

3.6.2) Incorpore l'éducation permanente et ses propres expériences aux pratiques exemplaires.

3.6.2.1 Participe à des activités de développement professionnel et de formation continue (participe activement, par exemple, à l'acquisition de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences; intègre ces nouvelles connaissances dans sa pratique).

3.6.2.2 Intègre ses propres expériences, son éducation, la recherche et les meilleures ressources disponibles à la planification et à la prestation de services de [masso-kinésithérapie].

3.6.3) Participe à de la recherche.

3.6.3.1 Utilise les principes, l'éthique et les méthodes de la recherche pour l'avancement de la pratique (évalue par exemple la documentation de manière critique; procède à une recherche systématique de preuves).

3.6.3.2 Participe à des activités qui soutiennent la recherche clinique (p. ex. la collecte et/ou l'analyse de données; l'intégration et/ou la diffusion de résultats de recherche).

3.7) Professionnel

Les masseur-kinésithérapeutes s'engagent à agir dans le meilleur intérêt du [patient/client] et de la société par des pratiques conformes à la déontologie, par le respect de la réglementation encadrant la profession et par des normes comportementales personnelles élevées.

3.7.1) Adopte une conduite respectant les exigences juridiques et éthiques.

3.7.1.1 Prodigue des services dans le cadre de la portée de la pratique et en fonction de ses compétences personnelles.

3.7.1.2 Maintient une relation thérapeutique professionnelle avec ses [patients/clients] (assure p. ex. le respect des limites professionnelles, agit avec intégrité et dans le meilleur intérêt du client).

3.7.1.3 Assure des services en prônant des valeurs professionnelles éthiques (p. ex. adhère au code [de déontologie] professionnelle et aux normes de pratique au moment de prendre des décisions avec le client).

3.7.1.4 Informe le client sur l'utilisation de toutes les données personnelles recueillies à son sujet et au sujet de sa santé et obtient son consentement à ce sujet.

3.7.1.5 Préserve la confidentialité et protège la vie privée du client tel que le prévoient les lois applicables.

3.7.1.6 Accepte la responsabilité et rend compte de ses gestes et de ses décisions.

3.7.2) Respecte l'individualité et l'autonomie du client.

3.7.2.1 Fait preuve de sensibilité et de respect face aux droits, à la dignité et au caractère unique de chaque client.

3.7.2.2 Traite le client avec respect et l'aide à exprimer ses besoins individuels.

3.7.3) Contribue au développement de la profession de [masso-kinésithérapie].

3.7.3.1 Contribue à l'apprentissage des autres (p. ex. soutient l'éducation clinique des étudiants; aide ses collègues par ses commentaires, par du mentorat ou par le transfert de savoir).

3.7.3.2 Participe à des activités qui soutiennent le développement de la profession (prend part par exemple à des présentations au sein de son service, à des conférences locales et nationales, à des comités professionnels et à l'éducation du public et d'autres professionnels de la santé).

4) Les compétences utilisées par le MKO dans l'exercice de ses différents rôles professionnels

4.1) Expert

➤ ***C7. Compétence 7 : Rechercher et traiter des données scientifiques et/ou professionnelles***

- C7A. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles.
- C7B. Identifier une problématique et formuler un questionnement.
- C7C. Identifier les ressources documentaires nécessaires, les travaux de recherche, et utiliser des bases de données actualisées.
- C7D. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques nationales et internationales dans les domaines scientifiques et professionnels de la kinésithérapie et de l'ostéopathie et de la thérapie manuelle.
- C7E. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés aux sujets des études et les mettre en œuvre.
- C7F. Interpréter les résultats de l'investigation et les confronter aux connaissances existantes.
- C7G. Produire des savoirs professionnels.
- C7H. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale et/ou écrite.

➤ ***C3. Compétence 3 : Concevoir et conduire une stratégie d'intervention en Ostéopathie***

- C3A. Elaborer et formaliser une stratégie d'intervention en lien avec la personne, des paramètres du contexte et de l'urgence des situations.
- C3B. Déterminer les conditions nécessaires au déroulement de l'intervention.
- C3C. Evaluer le niveau de compréhension de la stratégie d'intervention.
- C3D. Identifier des critères de progression des niveaux atteints par la personne en lien avec la personne et ses attentes.
- C3E. Informer la personne et recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques décidés.
- C3F. Prévoir les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux normes ou aux protocoles existants.
- C3G. Evaluer avec la personne et/ou son entourage les résultats de la mise en œuvre de la stratégie d'intervention ostéopathique.
- C3H. Faire évoluer la stratégie thérapeutique ostéopathique si nécessaire.

➤ ***C4. Compétence 4 : Mettre en œuvre la prise en charge ostéopathique***

- C4A. Identifier les risques iatrogènes à l'intervention en ostéopathique.
- C4B. Mettre en œuvre des techniques manipulatives articulaires, tissulaires, viscérales et cervico-crânio-faciales en vue de maintenir l'équilibre physiologique des structures et de la personne suivant les concepts ostéopathiques (la structure gouverne la fonction, A.T.Still) afin d'améliorer l'état de santé et le confort de la personne.
- C4C. Adapter les protocoles nécessaires à l'application des activités ostéopathiques, notamment dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.
- C4D. Adapter les pratiques ostéopathiques à l'évolution de la situation clinique.
- C4E. Repérer les risques intéressant la personne ou le professionnel liés à la mise en œuvre des activités ostéopathiques et déterminer les mesures préventives.
- C4F. Assurer la traçabilité des soins en ostéopathie dans le respect de la déontologie et de la réglementation.
- C4G. Participer au traitement des troubles somatiques.
- C4H. Créer et utiliser les outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant aux soins des personnes.
- C4I. Situer les soins ostéopathiques dans l'éventail de soins disponibles.
- C4J. Evaluer les résultats obtenus et intégrer les adaptations au projet thérapeutique.
- C4K. Définir et proposer des soins complémentaires si nécessaire

4.2) Praticien :

➤ ***C1. Compétence 1 : Conduire et réaliser une évaluation clinique ostéopathique analytique et globale du patient***

- C1A. Conduire une écoute, un entretien, un interrogatoire visant à clarifier la demande et les besoins de la personne.
- C1B. Analyser les demandes et les attentes de la personne et les données du dossier du patient.

- C1C. Choisir des outils, des tests, des épreuves, des échelles de mesure et des indicateurs adaptés.
- C1D. Evaluer et analyser les causes de la douleur.
- C1E. Evaluer le niveau de dysfonctionnement articulaire, tissulaire, moteur, sensitif, sensoriel, cognitif de la personne en référence aux concepts ostéopathiques, aux références existantes et aux recommandations.
- C1F. Analyser l'impact des contextes sociaux-économiques, professionnels, environnementaux sur la personne prise en charge
- C1G. Assurer la traçabilité de l'évaluation clinique ostéopathique.

➤ ***C2. Compétence 2: Elaborer un diagnostic ostéopathique***

- C2A. Mettre en concordance les résultats de l'évaluation clinique ostéopathique avec les plaintes du patient.
- C2B. Evaluer les risques y compris en situation d'urgence.
- C2C. Faire des hypothèses sur la nature et l'étendue des dysfonctions de la personne.
- C2D. Identifier les indications et les contre indications à une prise en charge ostéopathique.
- C2E. Etablir et formuler un diagnostic ostéopathique.
- C2F. Informer le patient.

➤ ***C6. Compétence 6 : Evaluer, Analyser et Améliorer sa pratique professionnelle***

- C6A. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle.
- C6B. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs ou d'autres professionnels de santé
- C6C. Evaluer la mise en œuvre de ses interventions au regard des principes de qualité, de sécurité, et de satisfaction de la personne.
- C4D. Conduire une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle en analysant sa pratique au regard de l'évolution des sciences et des techniques, des normes professionnelles, de la déontologie et de l'éthique.
- C6E. Concevoir des outils et des indicateurs d'évaluation des situations en ostéopathie.

- C6F. Evaluer l'application des règles de traçabilité, d'hygiène et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, utilisation, circulation...) et identifier toute non-conformité.
- C6G. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique en établissant une progression dans les acquisitions et les apprentissages à mettre en œuvre.

4.3) **Educateur**

➤ ***C5. Compétence 5 : Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de dépistage en ostéopathie et en santé publique***

- C5A. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des groupes en lien avec les problématiques d'ostéopathie et de santé publique.
- C5B. Repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne.
- C5C. Conduire une démarche d'éducation et de prévention pour la santé en ostéopathie par des actions pédagogiques individuelles et collectives.
- C5D. Concevoir, proposer et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées.
- C5E. Informer et conseiller des personnes en individuel et en groupe sur le dépistage des troubles fonctionnels et des facteurs de risques en santé.
- C5F. Contribuer à entretenir et à aider au maintien de l'état de santé des personnes.
- C5G. Contribuer à rendre les patients responsables de leur santé.

4.4) **Formateur**

➤ ***C10. Compétence 10 : Informer et former des professionnels***

- C10A. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans la structure ou le cabinet de soins.

- C10B. Animer des séances de formation et d'information en ostéopathie autour de la prise en charge des personnes.
- C10C. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants.
- C10D. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.
- C10E. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des publications, des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique.
- C10F. Communiquer en langue anglaise dans des échanges professionnels nationaux et internationaux.

4.5) **Gestionnaire**

➤ *C8. Compétence 8 : Gérer une structure et ses ressources*

- C8A. Elaborer et gérer un budget dans le cadre d'une structure.
- C8B. Etablir, suivre, archiver les éléments de gestion administrative et comptable.
- C8C. Evaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre.
- C8D. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables.
- C8E. Organiser le ou les planning (s), les rendez-vous et la répartition des activités.
- C8F. Utiliser les logiciels de gestion spécifiques (comptabilité, prise de rendez-vous, statistiques d'activités...).
- C8G. Mettre en œuvre les règles de gestion de personnel.

4.6) **Responsable au regard de la déontologie professionnelle**

➤ *C9. Compétence 9 : Participer à la continuité des soins et à des actions de santé publique*

- C9A. Identifier les acteurs de soins en vue de transmettre les informations pertinentes.
- C9B. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité.
- C9C. Participer à la coordination des activités et des soins auprès de la personne avec les différents acteurs de la santé, du social et en fonction des domaines de compétences.
- C9D. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences
- C9E. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...).
- C9F. Etablir une coopération interprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.

4.7) Conclusion

Les six rôles professionnels présentés contribuent à la construction des identités professionnelles des MK et des MKO en tant que professionnels de santé. Ils permettent de saisir le sens social de leurs activités professionnelles combinées à diverses situations professionnelles et de comprendre le sens de leur processus de professionnalisation.

Conclusion

La définition contemporaine de l'exercice de la masso-kinésithérapie est très récente : quelques décennies. Elle l'est plus encore pour celui de l'ostéopathie : quelques années. Pourtant la pratique de ces deux arts qu'ils soient distincts ou confondus est très ancienne et même ancestrale. Jusqu'à présent, le législateur avait la préoccupation de rendre admissible, sans réel souci d'anticipation, la pratique de la masso-kinésithérapie-ostéopathie évoluant au gré du développement de ses savoirs propres, des besoins exigeants des usagers et de leurs satisfactions.

Ce référentiel n'a pas simplement vocation à favoriser la régulation d'une obsolescence du

système de santé français. Il constitue un support à partir duquel, il est permis d'inscrire le MK/O comme véritable acteur du système de santé. Ce référentiel révèle à quel point, l'image du « rebouteux des temps modernes » encore prégnante est dépassée. Le MKO ne peut plus être considéré comme un professionnel « à côté » du système de santé mais bien comme un professionnel « dans » le système de santé. Les MKO en exercice ainsi que les MKO en devenir sont des professionnels et futurs professionnels constituant leur pratique sur un socle de savoirs savants toujours plus riche et complexe approprié au terme d'au moins quatre années d'études supérieures et sans cesse réactualisé. Ils ont acquis, acquièrent et sont en capacité d'acquérir les compétences leur permettant de répondre aux besoins et enjeux du système de santé français évoluant lui-même dans un contexte social et économique particulièrement contraignant. Fasse qu'à présent, la définition et la reconnaissance de nouvelles compétences des MKO soient orientées vers l'avenir et non plus vers le passé.

Conclusion du référentiel

La logique de construction de ce référentiel s'inscrit dans une démarche commune aux MK et aux MKO et permet de faire exister les similitudes et les différences sur les plans de la réglementation, de la formation théorique et pratique, des actes, des activités, et des compétences. Les actes professionnels, les activités et les compétences professionnelles sont liés à la fabrication de savoirs professionnels corrélés à la maîtrise de savoirs scientifiques théoriques et réglementaires. Ce processus dynamique marque la prise de conscience des MK et des MKO d'une posture réflexive collective. Celle-ci s'enracine dans un processus de professionnalisation dont les dimensions socio-historiques, sociologiques, juridiques et scientifiques sont révélées par ce référentiel. Nous souhaitons que cette production puisse servir à tous les professionnels de santé, à l'ensemble de la communauté des MK et des MKO et aux communautés médicales, ainsi qu'aux usagers de la profession. La voie d'une universitarisation de ces savoirs par la création d'une discipline MK et MKO reconnue autorise des perspectives de développement de formation initiale et continue, et de développement professionnel continu répondant aux enjeux de société constitués par

l'amélioration constante de la qualité des soins et de la sécurité du patient.

ANNEXES

1) Références juridiques

1.1) Code de la santé publique

1.1.1) Dispositions législatives

Article L1110-4

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas

précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L.161-33 du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès »

Article L4161-1

« Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ;

2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-7 et L. 4131-4-1 ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au

chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ;

5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale, ni aux infirmiers ou garde-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ».

Article L4161-2

« Exerce illégalement l'art dentaire :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire, par consultation, acte personnel ou tous autres procédés, quels qu'ils soient, notamment prothétiques ;

-sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4141-3 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin ou de chirurgien-dentiste, alors qu'elle n'est pas régulièrement dispensée de la possession de l'un de ces diplômes, certificats ou titres par application du présent livre ;

-ou sans remplir les autres conditions fixées à l'article L. 4111-1, compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celles-ci, notamment par les articles L. 4111-7 et L. 4141-3-1, ainsi que par l'article 8 de la loi n° 71-1026 du 24 décembre 1971 modifiant le code de la santé publique ;

2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées au 1°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

3° Tout médecin, tout chirurgien-dentiste qui exerce l'art dentaire tel qu'il est défini à l'article L. 4141-1 pendant la durée d'une peine d'interdiction temporaire prononcée en application de l'article L. 4124-6 ;

4° Tout médecin ou tout praticien de l'art dentaire mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues à cet article.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en art dentaire mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4141-4 ».

Article L4161-3

« Exerce illégalement la profession de sage-femme :

- 1° Toute personne qui pratique habituellement les actes mentionnés à l'article L. 4151-1 sans remplir les conditions exigées par le présent livre pour l'exercice de la profession de médecin ou de sage-femme, notamment par les articles L. 4111-1, L. 4111-3, L. 4111-7 et L. 4151-5 ;
- 2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées au 1°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;
- 3° Tout médecin ou sage-femme qui pratique les actes susmentionnés pendant la durée d'une peine d'interdiction temporaire prononcée en application de l'article L. 4124-6 ;
- 4° Tout médecin ou sage-femme mentionné à l'article L. 4112-7, qui exécute les actes énumérés sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article ».

Article L4161-4

« En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la profession de sage-femme, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes et les syndicats intéressés peuvent saisir les tribunaux par voie de citations directes, données dans les termes de l'article 388 du code de procédure pénale, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite intentée par le ministère public ».

Article L4161-5

« L'exercice illégal de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Les personnes physiques encourent également les peines complémentaires suivantes :

- a) L'affichage ou la diffusion de la décision prononcée, dans les conditions prévues par l'article 131-35 du code pénal ;
- b) La confiscation de la chose qui a servi ou était destinée à commettre l'infraction ou de la chose qui en est le produit, conformément à l'article 131-21 du code pénal ;
- c) L'interdiction définitive ou pour une durée de cinq ans au plus d'exercer une ou plusieurs professions régies par le présent code ou toute autre activité professionnelle ou sociale à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise, suivant les modalités prévues par l'article 131-27 du code pénal ;
- d) L'interdiction d'exercer pour une durée de cinq ans l'activité de prestataire de formation professionnelle continue au sens de l'article 6313-1 du code du travail.

Le fait d'exercer l'une de ces activités malgré une décision judiciaire d'interdiction définitive ou temporaire est puni des mêmes peines ».

Article L4161-6

« Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie à l'article L. 4161-5 encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal, les peines prévues par les 2° à 9° de l'article 131-39 du même code.

L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 du même code porte sur une ou plusieurs professions régies par le présent code ou toute autre activité professionnelle ou sociale à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise ».

Article L4321-1

« La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale.

La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine ».

Article L.4321-2

« Peuvent exercer la profession de masseur-kinésithérapeute les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L. 4321-3 et L. 4321-4 ou titulaires des autorisations mentionnées aux articles L. 4321-5 à L. 4321-7. »

Article L.4321-10

« Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requis pour l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, avant leur entrée dans la profession, ainsi que celles qui ne l'exerçant pas ont obtenu leur titre de formation depuis moins de trois ans.

L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leur titre de formation ou de leur autorisation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de résidence ou de situation professionnelle.

Pour les personnes ayant exercé la profession de masseur-kinésithérapeute, l'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité.

La procédure d'enregistrement est sans frais.

Il est établi, pour chaque département, par l'agence régionale de santé ou l'organisme désigné à cette fin, une liste des membres de cette profession, portée à la connaissance du public.

Un masseur-kinésithérapeute ne peut exercer sa profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que :

1° Si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa ;

2° S'il est inscrit sur le tableau tenu par l'ordre. Le directeur général de l'agence régionale de santé ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent à ce tableau et peuvent en obtenir copie.

L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre.

Les décisions mentionnées aux articles L. 4311-16 et L. 4311-18 sont prises par le conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes dans les conditions et selon les modalités précisées à ces articles. Les dispositions des articles L. 4311-26 et L. 4311-27 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret ».

Article L4321-14

« L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes veille au maintien des principes de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4321-21.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession de masseur-kinésithérapeute.

Il peut organiser toute œuvre d'entraide au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.

Il peut être consulté par le ministre chargé de la santé, notamment sur les questions relatives à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des conseils départementaux ou interdépartementaux, des conseils régionaux et du conseil national de l'ordre »

Article L.4321-15

« Le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes est composé de membres élus parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral et parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié ainsi que, avec voix consultative, d'un représentant du ministre chargé de la santé.

Le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes comporte, en son sein, une chambre disciplinaire nationale présidée par un magistrat de la juridiction administrative.

La chambre disciplinaire nationale comprend des membres élus, en nombre égal, par le

conseil national, parmi, d'une part, les membres de ce conseil, et, d'autre part, les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

Cette chambre est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance.

Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé. »

Article L.4321-17

« Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes assure les fonctions de représentation de la profession dans la région et de coordination des conseils départementaux.

Il organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le conseil national de l'ordre et avec la Haute Autorité de santé. Dans ce cadre, le conseil régional a recours à des professionnels habilités à cet effet par le conseil national de l'ordre sur proposition de la Haute Autorité de santé.

Le conseil régional comprend en son sein une chambre disciplinaire de première instance, présidée par un magistrat de l'ordre administratif. Cette chambre dispose, en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, des attributions des chambres disciplinaires de première instance des ordres des professions médicales.

La chambre disciplinaire de première instance est composée d'un nombre de masseurs-kinésithérapeutes fixé par voie réglementaire, en fonction des effectifs des masseurs-kinésithérapeutes inscrits aux derniers tableaux publiés dans la région.

Elle comprend des membres élus par le conseil régional auprès duquel siège la chambre, en nombre égal parmi les membres du conseil régional dont elle dépend, et les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé ».

Article L4382-1

« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le développement professionnel continu est une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat »

1.1.2) Dispositions règlementaires

Article R4321-1

« La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques ».

Article R4321-2

« Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

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.

Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix.

Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement »

Article R4321-3

« On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus ».

Article R4321-4

« On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques ».

Article R4321-5

« Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

1° Rééducation concernant un système ou un appareil :

- a) Rééducation orthopédique ;
- b) Rééducation neurologique ;
- c) Rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ;
- d) Rééducation respiratoire ;
- e) Rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article R. 4321-8 ;
- f) Rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

2° Rééducation concernant des séquelles :

- a) Rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
- b) Rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
- c) Rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;
- d) Rééducation des brûlés ;
- e) Rééducation cutanée ;

3° Rééducation d'une fonction particulière :

- a) Rééducation de la mobilité faciale et de la mastication ;
- b) Rééducation de la déglutition ;
- c) Rééducation des troubles de l'équilibre ».

Article R4321-6

« Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance ».

Article R4321-7

« Pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

- 1° Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;
- 2° Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article R. 4321-4 ;
- 3° Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;
- 4° Etirements musculo-tendineux ;
- 5° Mécanothérapie ;
- 6° Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;
- 7° Relaxation neuromusculaire ;
- 8° Electro-physiothérapie :
 - a) Applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électrostimulation antalgique et excito-moteur ;
 - b) Utilisation des ondes mécaniques, infrasons, vibrations sonores, ultrasons ;
 - c) Utilisation des ondes électromagnétiques, ondes courtes, ondes centimétriques, infrarouges, ultraviolets ;
- 9° Autres techniques de physiothérapie :
 - a) Thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;
 - b) Kiné balnéothérapie et hydrothérapie ;
 - c) Pressothérapie. »

Article R4321-8

« Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- 1° A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques, par mise en œuvre manuelle ou électrique ;
- 2° A participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;
- 3° A participer à la rééducation respiratoire ».

Article R4321-9

« Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

1° A prendre la pression artérielle et les pulsations ;

2° Au cours d'une rééducation respiratoire :

a) A pratiquer les aspirations rhinopharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ;

b) A administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;

c) A mettre en place une ventilation par masque ;

d) A mesurer le débit respiratoire maximum ;

3° A prévenir les escarres ;

4° A assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

5° A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs ».

Article R4321-10

« En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention ».

Article R4321-11

« En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions. »

Article R4321-12

« Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique ».

Article R4321-13

« Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. Ces actions concernent en particulier :

1° La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;

- 2° La contribution à la formation d'autres professionnels,
- 3° La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;
- d) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;
- e) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive »

➤ **Code de déontologie des masseurs kinésithérapeutes**

Article R4321-51

« Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux masseurs-kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'ordre et aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant un acte professionnel dans les conditions prévues aux articles L. 4321-1, L. 4321-2, L. 4321-4 et L. 4321-5. Conformément à l'article L. 4321-14, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes est chargé de veiller au respect de ces dispositions. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre. »

Article R4321-52

« Les dispositions des sous-sections 1 et 2 du présent code sont également applicables aux étudiants en masso-kinésithérapie mentionnés à l'article L. 4321-3. Les infractions à ces dispositions relèvent des organes disciplinaires des établissements et organismes de formation auxquels ces étudiants sont inscrits. »

Article R4321-53

« Le masseur-kinésithérapeute, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »

Article R4321-54

« Le masseur-kinésithérapeute respecte, en toutes circonstances, les principes de moralité, de probité et de responsabilité indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie. »

Article R4321-55

« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose au masseur-kinésithérapeute et à l'étudiant en masso-kinésithérapie dans les conditions établies respectivement par les articles L. 1110-4 et L. 4323-3. Le secret couvre tout ce qui est venu à

la connaissance du masseur-kinésithérapeute dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Article R4321-56

« Le masseur-kinésithérapeute ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. »

Article R4321-57

« Le masseur-kinésithérapeute respecte le droit que possède toute personne de choisir librement son masseur-kinésithérapeute. Il lui facilite l'exercice de ce droit. »

Article R4321-58

« Le masseur-kinésithérapeute doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance, réelle ou supposée, à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur couverture sociale, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne soignée. »

Article R4321-59

« Dans les limites fixées par la loi, le masseur-kinésithérapeute est libre de ses actes qui sont ceux qu'il estime les plus appropriés en la circonstance. Sans négliger son devoir d'accompagnement moral, il limite ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il agit de même pour ses prescriptions, conformément à l'article L. 4321-1. Il prend en compte les avantages, les inconvénients et les conséquences des différents choix possibles. »

Article R4321-60

« Le masseur-kinésithérapeute qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires. »

Article R4321-61

« Le masseur-kinésithérapeute amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence,

favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, sous réserve de l'accord de l'intéressé, il en informe l'autorité judiciaire. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire. »

Article R4321-62

« Le masseur-kinésithérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue. Il ne peut se soustraire à l'évaluation de ses pratiques professionnelles prévue à l'article L. 4382-1. »

Article R4321-63

« Le masseur-kinésithérapeute apporte son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi »

Article R4321-64

« Lorsque le masseur-kinésithérapeute participe à une action d'information de caractère éducatif et sanitaire auprès d'un public non professionnel, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il ne fait état que de données suffisamment confirmées, fait preuve de prudence et a le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il se garde à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours. Il ne promet pas une cause qui ne soit pas d'intérêt général. »

Article R4321-65

« Le masseur-kinésithérapeute ne divulgue pas dans les milieux professionnels une nouvelle pratique insuffisamment éprouvée sans accompagner sa communication des réserves qui s'imposent. Il ne fait pas une telle divulgation auprès d'un public non professionnel. »

Article R4321-66

« Le masseur-kinésithérapeute ne participe à des recherches sur les personnes que dans les

conditions prévues par la loi. Il s'assure, dans la limite de ses compétences, de la régularité et de la pertinence de ces recherches ainsi que de l'objectivité de leurs conclusions. Le masseur-kinésithérapeute traitant, qui participe à une recherche en tant qu'investigateur au sens de l'article L. 1121-1, veille à ce que la réalisation de l'étude n'altère ni la relation de confiance qui le lie au patient ni la continuité des soins. »

Article R4321-67

« La masso-kinésithérapie ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité, exception faite des cas prévus aux articles R. 4321-124 et R. 4321-125. En particulier, les vitrines doivent être occultées et ne porter aucune mention autre que celles autorisées par l'article R. 4321-123. »

Article R4321-68

« Un masseur-kinésithérapeute peut exercer une autre activité, sauf si un tel cumul est incompatible avec l'indépendance, la moralité et la dignité professionnelles ou est susceptible de lui permettre de tirer profit de ses prescriptions.

Dans le cadre de cette autre activité, après accord du conseil départemental de l'ordre, il peut utiliser son titre de masseur-kinésithérapeute. »

Article R4321-69

« Il est interdit à un masseur-kinésithérapeute, sauf dérogations accordées par le conseil national de l'ordre, dans les conditions prévues par l'article L. 4113-6, de distribuer à des fins lucratives, des remèdes, appareils ou produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé. »

Article R4321-70

« Le partage d'honoraires entre masseurs-kinésithérapeutes, ou entre un masseur-kinésithérapeute et un autre professionnel de santé, est interdit sous quelque forme que ce soit, hormis les cas prévus dans les contrats validés par le conseil départemental de l'ordre.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites. »

Article R4321-71

« Le compéragé entre masseurs-kinésithérapeutes, ou entre un masseur-kinésithérapeute et un autre professionnel de santé ou toute autre personne est interdit. »

Article R4321-72

« Sont interdits au masseur-kinésithérapeute :

- 1° Tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;
- 2° Toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à quelque personne que ce soit ;
- 3° En dehors des conditions fixées par l'article L. 4113-6, la sollicitation ou l'acceptation d'un avantage en nature ou en espèces sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription ou un acte thérapeutique quelconque. »

Article R4321-73

« Il est interdit au masseur-kinésithérapeute de dispenser tout acte ou de délivrer toute prescription dans des locaux commerciaux et dans tout autre lieu où sont mis en vente des produits ou appareils figurant dans la liste des dispositifs médicaux qu'il peut prescrire. »

Article R4321-74

« Le masseur-kinésithérapeute veille à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations. Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours, utilisent son identité à des fins publicitaires auprès du public non professionnel. »

Article R4321-75

« Il est interdit à un masseur-kinésithérapeute qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle ».

Article R4321-76

« La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».

Article R4321-77

« Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des actes effectués ou des honoraires perçus, ou les deux simultanément, sont interdits. »

Article R4321-78

« Sont interdites la facilité accordée ou la complicité avec quiconque se livre à l'exercice illégal de la masso-kinésithérapie. »

Article R4321-79

« Le masseur-kinésithérapeute s'abstient, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci. »

Article R4321-80

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science ».

Article R4321-81

« Le masseur-kinésithérapeute élabore toujours son diagnostic avec le plus grand soin, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

Article R4321-82

« Le masseur-kinésithérapeute formule ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veille à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforce d'en obtenir la bonne exécution. »

Article R4321-83

« Le masseur-kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, lorsque le médecin, appréciant en conscience, tient, pour des raisons légitimes, le patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic

graves, le masseur-kinésithérapeute ne doit pas révéler ces derniers. »

Article R4321-84

« Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, le masseur-kinésithérapeute respecte ce refus après avoir informé le patient de ses conséquences et, avec l'accord de ce dernier, le médecin prescripteur.

Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le masseur-kinésithérapeute ne peut intervenir sans que la personne de confiance désignée ou ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Le masseur-kinésithérapeute appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé s'efforce de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le masseur-kinésithérapeute donne les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le masseur-kinésithérapeute en tient compte dans toute la mesure du possible. »

Article R4321-85

« En toutes circonstances, le masseur-kinésithérapeute s'efforce de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. »

Article R4321-86

« Le masseur-kinésithérapeute contribue à assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarde la dignité du patient et reconforte son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ».

Article R4321-87

« Le masseur-kinésithérapeute ne peut conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme étant salubre ou sans danger, un produit ou un procédé, illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite. »

Article R4321-88

« Le masseur-kinésithérapeute s'interdit, dans les actes qu'il pratique comme dans les dispositifs médicaux qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié. »

Article R4321-89

« Le masseur-kinésithérapeute doit être le défenseur de l'enfant, lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

Article R4321-90

« Lorsqu'un masseur-kinésithérapeute discerne qu'une personne à laquelle il est appelé à donner des soins est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, il alerte les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

Article R4321-91

« Indépendamment du dossier médical personnel prévu par l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, le masseur-kinésithérapeute tient pour chaque patient un dossier qui lui est personnel ; il est confidentiel et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du masseur-kinésithérapeute. Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers de masso-kinésithérapie sont conservés sous la responsabilité du masseur-kinésithérapeute qui les a établis ou qui en a la charge. En cas de non-reprise d'un cabinet, les documents médicaux sont adressés au conseil départemental de l'ordre qui en devient le garant.

Le masseur-kinésithérapeute transmet, avec le consentement du patient, aux autres masseurs-kinésithérapeutes et aux médecins qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. »

Article R4321-92

« La continuité des soins aux patients doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le masseur-kinésithérapeute a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il en avertit alors le patient et transmet au masseur-kinésithérapeute désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Article R4321-93

« Le masseur-kinésithérapeute ne peut pas abandonner ses patients en cas de danger public ».

Article R4321-94

« Le masseur-kinésithérapeute appelé à donner ses soins dans une famille ou une collectivité doit, dans la mesure du possible, tout mettre en œuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie. Il informe le patient de ses responsabilités et devoirs vis-à-vis de lui-même et des tiers ainsi que des précautions qu'il doit prendre. »

Article R4321-95

« Le masseur-kinésithérapeute, sans céder à aucune demande abusive, facilite l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

A cette fin, il est autorisé, avec le consentement du patient, à communiquer au praticien-conseil de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou relevant d'un organisme public ou privé décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements strictement indispensables. »

Article R4321-96

« Le masseur-kinésithérapeute ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients. »

Article R4321-97

« Le masseur-kinésithérapeute qui a participé au traitement d'une personne pendant la maladie dont elle est décédée ne peut profiter des dispositions entre vifs et testamentaires faites en sa faveur par celle-ci pendant le cours de cette maladie que dans les cas et conditions prévus par l'article 909 du code civil. Il ne doit pas davantage abuser de son influence pour obtenir un mandat ou contracter à titre onéreux dans des conditions qui lui seraient anormalement favorables ».

Article R4321-98

« Les honoraires du masseur-kinésithérapeute sont déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil

dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne donnent lieu à aucun honoraire. Le masseur-kinésithérapeute répond à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues. Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux patients. Le forfait pour un traitement, sauf dispositions réglementaires particulières, et la demande d'une provision dans le cadre des soins thérapeutiques sont interdits en toute circonstance ».

Article R4321-99

« Les masseurs-kinésithérapeutes entretiennent entre eux des rapports de bonne confraternité. Il est interdit à un masseur-kinésithérapeute d'en calomnier un autre, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Il est interdit de s'attribuer abusivement, notamment dans une publication, le mérite d'une découverte scientifique ainsi que de plagier, y compris dans le cadre d'une formation initiale et continue. Le masseur-kinésithérapeute qui a un différend avec un confrère recherche une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre ».

Article R4321-100

« Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle sont interdits ».

Article R4321-101

« Le masseur-kinésithérapeute consulté par un patient soigné par un de ses confrères respecte l'intérêt et le libre choix du patient qui désire s'adresser à un autre masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute consulté, avec l'accord du patient, informe le masseur-kinésithérapeute ayant commencé les soins et lui fait part de ses constatations et décisions. En cas de refus du patient, il informe celui-ci des conséquences que peut entraîner son refus. »

Article R4321-102

« Le masseur-kinésithérapeute appelé d'urgence auprès d'un malade rédige à l'intention de son confrère, si le patient doit être revu par son masseur-kinésithérapeute traitant ou un autre masseur-kinésithérapeute, un compte rendu de son intervention et de ses éventuelles prescriptions. Il le remet au patient ou l'adresse directement à son confrère en informant le patient. Il en conserve le double. »

Article R4321-103

« Le masseur-kinésithérapeute doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepte celle qui est demandée par le patient ou son entourage. Il respecte le choix du patient et, sauf objection sérieuse, l'adresse ou fait appel à un confrère. A l'issue de la consultation, et avec le consentement du patient, le confrère consulté informe par écrit le masseur-kinésithérapeute traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions ».

Article R4321-104

« Quand les avis du masseur-kinésithérapeute consulté et du masseur-kinésithérapeute traitant diffèrent profondément, ce dernier avise le patient. Si l'avis du masseur-kinésithérapeute consulté prévaut auprès du patient ou de son entourage, le masseur-kinésithérapeute traitant est libre de cesser les soins. Le masseur-kinésithérapeute consulté ne doit pas, de sa propre initiative, au cours du traitement ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer le patient ».

Article R4321-105

« Lorsque plusieurs masseurs-kinésithérapeutes collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils se tiennent mutuellement informés avec le consentement du patient. Chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du patient. Chacun peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au patient et d'en avertir son ou ses confrères. »

Article R4321-106

« Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics et privés de santé, le masseur-kinésithérapeute qui prend en charge un patient à l'occasion d'une hospitalisation en avise le masseur-kinésithérapeute désigné par le patient ou son entourage. Il le tient informé des décisions essentielles concernant le patient après consentement de celui-ci. Dans le cadre d'une hospitalisation programmée, le masseur-kinésithérapeute traitant, avec le consentement du patient, communique au confrère de l'établissement toutes informations utiles »

Article R4321-107

« Un masseur-kinésithérapeute ne peut se faire remplacer dans son exercice que

temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'ordre. Le remplacement est personnel.

Le masseur-kinésithérapeute qui se fait remplacer doit en informer préalablement, sauf urgence, le conseil départemental de l'ordre dont il relève en indiquant les noms et qualité du remplaçant, les dates et la durée du remplacement. Il communique le contrat de remplacement.

Le masseur-kinésithérapeute libéral remplacé doit cesser toute activité de soin pendant la durée du remplacement sauf accord préalable du conseil départemental de l'ordre. »

Article R4321-108

« Le remplacement terminé, le remplaçant cesse toute activité s'y rapportant et transmet les informations nécessaires à la continuité des soins et les documents administratifs s'y référant ».

Article R4321-109

« Le masseur-kinésithérapeute est libre de donner gratuitement ses soins. »

Article R4321-110

« Le masseur-kinésithérapeute entretient de bons rapports avec les membres des autres professions de santé. »

Article R4321-111

« Dans le cadre d'une activité thérapeutique, tout contrat de salariat d'une personne exerçant une autre profession de santé, réglementée ou non, ainsi que tout contrat de collaboration génératrice de liens de subordination sont, conformément à l'article L. 4113-9, communiqués au conseil départemental de l'ordre »

Article R4321-112

« L'exercice de la masso-kinésithérapie est personnel. Chaque masseur-kinésithérapeute est responsable de ses décisions, de ses actes et de ses prescriptions. »

Article R4321-113

« Tout masseur-kinésithérapeute est habilité à dispenser l'ensemble des actes réglementés. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni prescrire dans des domaines qui dépassent ses compétences, ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »

Article R4321-114

« Le masseur-kinésithérapeute dispose, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats permettant le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique.

Au domicile du patient, le masseur-kinésithérapeute doit, dans la limite du possible, disposer de moyens techniques suffisants. Dans le cas contraire, il propose au patient de poursuivre ses soins en cabinet ou dans une structure adaptée. Il veille notamment, en tant que de besoin, à l'élimination des déchets infectieux selon les procédures réglementaires.

Il veille au respect des règles d'hygiène et de propreté. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge. »

Article R4321-115

« Le masseur-kinésithérapeute veille à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il veille en particulier à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle. »

Article R4321-116

« Le masseur-kinésithérapeute protège contre toute indiscretion les documents professionnels, concernant les personnes qu'il soigne ou a soignées, examinées ou prises en charge, quels que soient le contenu et le support de ces documents. Il en va de même des informations professionnelles dont il peut être le détenteur. Le masseur-kinésithérapeute fait en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord écrit doit être obtenu. »

Article R4321-117

« L'exercice forain de la masso-kinésithérapie est interdit. Toutefois, des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre dans l'intérêt de la santé publique ou pour la promotion de la profession. »

Article R4321-118

« Il est interdit d'exercer la masso-kinésithérapie sous un pseudonyme. Un masseur-kinésithérapeute qui se sert d'un pseudonyme pour des activités se rattachant à sa profession est tenu d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'ordre. »

Article R4321-119

« L'exercice de la masso-kinésithérapie comporte l'établissement par le masseur-kinésithérapeute des documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Toute ordonnance ou document délivré par un masseur-kinésithérapeute est rédigé lisiblement, en français, est daté, permet l'identification du praticien dont il émane et est signé par lui. »

Article R4321-120

« Le masseur-kinésithérapeute participe à la permanence des soins dans le cadre des lois et des textes qui l'organisent. »

Article R4321-121

« Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le masseur-kinésithérapeute prend toutes dispositions pour pouvoir être joint. »

Article R4321-122

« Les indications qu'un masseur-kinésithérapeute est autorisé à mentionner sur ses documents professionnels sont :

- 1° Ses nom, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone, de télécopie, son adresse de messagerie internet, les jours et heures de consultation ;
- 2° Si le masseur-kinésithérapeute exerce en association ou en société, les noms des masseurs-kinésithérapeutes associés et l'indication du type de société ;
- 3° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ainsi que son numéro d'identification ;
- 4° Eventuellement, la qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification établi par l'ordre et approuvé par le ministre chargé de la santé ;

- 5° Ses diplômes, titres, grades et fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le conseil national de l'ordre ;
- 6° La mention de l'adhésion à une association de gestion agréée ;
- 7° Ses distinctions honorifiques reconnues par la République française ».

Article R4321-123

« Les indications qu'un masseur-kinésithérapeute est autorisé à faire figurer dans les annuaires à usage du public, dans la rubrique : masseurs-kinésithérapeutes, quel qu'en soit le support, sont :

- 1° Ses nom, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, adresse de messagerie internet, jours et heures de consultation ;
- 2° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;
- 3° La qualification, les titres reconnus conformément au règlement de qualification, les titres et les diplômes d'études complémentaires reconnus par le conseil national de l'ordre.

Dans le cadre de l'activité thérapeutique toute autre insertion dans un annuaire est considérée comme une publicité et par conséquent interdite. »

Article R4321-124

« Dans le cadre de l'activité non thérapeutique, la publicité est exclusivement autorisée dans les annuaires à usage du public, dans une autre rubrique que celle des masseurs-kinésithérapeutes. Le dispositif publicitaire est soumis pour autorisation au conseil départemental de l'ordre.

Lorsque le masseur-kinésithérapeute exerce exclusivement dans le cadre non thérapeutique, le dispositif publicitaire est soumis à l'accord du conseil départemental de l'ordre. En cas de refus, un recours peut être formé devant le conseil national de l'ordre. »

Article R4321-125

« Les indications qu'un masseur-kinésithérapeute est autorisé à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont celles mentionnées à l'article R. 4321-123. Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet ; lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue. Ces indications sont présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession. Une signalétique spécifique à la profession, telle que définie par le conseil national de l'ordre, peut être apposée sur la façade. Une plaque supplémentaire, d'une taille et de modèle identiques à la plaque professionnelle, est autorisée : sur cette plaque peuvent figurer les spécificités pratiquées dans le cabinet, après accord du conseil départemental de l'ordre. »

Article R.4321-126

« Lors de son installation ou d'une modification des conditions de son exercice, le masseur-kinésithérapeute peut faire paraître dans la presse une annonce sans caractère publicitaire, dont le conseil départemental de l'ordre vérifie la conformité aux dispositions du présent code de déontologie ».

Article R.4321-127

« Conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9, l'exercice habituel de la masso-kinésithérapie, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité, d'une organisation de soins ou d'une institution de droit privé fait, dans tous les cas, l'objet d'un contrat écrit.

Ce contrat définit les obligations respectives des parties et précise les moyens permettant aux masseurs-kinésithérapeutes de respecter les dispositions du présent code de déontologie. Le projet de contrat est communiqué au conseil départemental de l'ordre, qui fait connaître ses observations dans le délai d'un mois. Passé ce délai, son avis est réputé rendu.

Une convention ou le renouvellement d'une convention avec un des organismes mentionnés au premier alinéa en vue de l'exercice de la masso-kinésithérapie est communiqué au conseil départemental de l'ordre intéressé, de même que les avenants et règlements intérieurs lorsque le contrat y fait référence. Celui-ci vérifie sa conformité avec les dispositions du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis soit par un accord entre le conseil national de l'ordre et les organismes ou institutions intéressés, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

Le masseur-kinésithérapeute signe et remet au conseil départemental de l'ordre une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre, ni aucun avenant relatifs au contrat soumis à l'examen du conseil départemental. »

Article R.4321-128

« L'exercice habituel de la masso-kinésithérapie, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public fait l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le masseur-kinésithérapeute a la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public, ainsi que ceux où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat.

Le masseur-kinésithérapeute communique ce contrat au conseil départemental de l'ordre. Les éventuelles observations de cette instance sont adressées à l'autorité administrative et au masseur-kinésithérapeute concernés. »

Article R.4321-129

« Le lieu habituel d'exercice du masseur-kinésithérapeute est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle, conformément à l'article L. 4321-10, il est inscrit sur le tableau du conseil départemental de l'ordre.

Un masseur-kinésithérapeute ne peut avoir plus d'un cabinet secondaire, dont la déclaration au conseil départemental de l'ordre est obligatoire.

Toutefois, le conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée peut accorder, lorsqu'il existe dans un secteur géographique donné une carence ou une insuffisance de l'offre de soins, préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins, une autorisation d'ouverture d'un ou plusieurs lieux d'exercice supplémentaires. La demande est accompagnée de toutes informations utiles sur les conditions d'exercice. Si celles-ci sont insuffisantes, le conseil départemental de l'ordre demande des précisions complémentaires.

Lorsque la demande concerne un secteur situé dans un autre département, le conseil départemental de l'ordre au tableau duquel le masseur-kinésithérapeute est inscrit en est informé.

Le conseil départemental de l'ordre sollicité est seul habilité à donner l'autorisation. Le silence gardé pendant un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande vaut autorisation tacite. L'autorisation est personnelle, temporaire et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions prévues au troisième alinéa ne sont plus réunies. »

Article R4321-130

« Le masseur-kinésithérapeute qui a remplacé un de ses confrères, pendant au moins trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le masseur-kinésithérapeute remplacé et avec les masseurs-kinésithérapeutes qui, le cas échéant, exercent en association avec ce dernier, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié au conseil départemental. »

Article R.4321-131

« La durée de la collaboration libérale ne peut excéder quatre années. Passé ce délai, les modalités de la collaboration sont renégociées. »

Article R.4321-132

« Il est interdit au masseur-kinésithérapeute de mettre en gérance son cabinet.

Toutefois, le conseil départemental de l'ordre peut autoriser, pendant une période de six mois, éventuellement renouvelable une fois, la tenue par un masseur-kinésithérapeute du cabinet d'un confrère décédé ou en incapacité définitive d'exercer. Des dérogations exceptionnelles de

délai peuvent être accordées par le conseil départemental. »

Article R.4321-133

« Le masseur-kinésithérapeute ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce un confrère sans l'accord de celui-ci ou sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre. Cette autorisation ne peut être refusée que pour des motifs tirés d'un risque de confusion pour le public. Le silence gardé par le conseil départemental de l'ordre vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande. »

Article R.4321-134

« L'association ou la constitution d'une société entre masseurs-kinésithérapeutes en vue de l'exercice de la profession fait l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9, les conventions, contrats et avenants sont communiqués au conseil départemental de l'ordre, qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code de déontologie, ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis par le conseil national de l'ordre.

Le conseil départemental de l'ordre dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations. Passé ce délai, son avis est réputé rendu.

Le masseur-kinésithérapeute signe et remet au conseil départemental de l'ordre une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre ni aucun avenant relatifs au contrat soumis à l'examen dudit conseil ».

Article R.4321-135

« Dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la masso-kinésithérapie doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle et le libre choix du masseur-kinésithérapeute par le patient doit être respecté.

Le masseur-kinésithérapeute peut utiliser des documents à en-tête commun de l'association ou de la société d'exercice libéral dont il est membre. Le signataire doit être identifiable et son adresse mentionnée. »

Article R.4321-136

« Le fait pour le masseur-kinésithérapeute d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le

secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le masseur-kinésithérapeute ne doit accepter de limitation à son indépendance dans son exercice professionnel de la part de son employeur. Il doit toujours agir, en priorité dans l'intérêt des personnes, de leur sécurité et de la santé publique au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. »

Article R.4321-137

« Le masseur-kinésithérapeute qui exerce dans un service privé ou public de soins ou de prévention ne peut user de sa fonction pour accroître sa clientèle. »

Article R.4321-138

« Nul ne peut être à la fois masseur-kinésithérapeute expert ou saphiteur et masseur-kinésithérapeute traitant d'un même patient.

Le masseur-kinésithérapeute ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services. »

Article R.4321-139

« Lorsqu'il est investi d'une mission, le masseur-kinésithérapeute expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à l'art de la masso-kinésithérapie, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code de déontologie. »

Article R.4321-140

« Le masseur-kinésithérapeute expert, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informe la personne en cause de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé. »

Article R.4321-141

« Dans la rédaction de son rapport, le masseur-kinésithérapeute expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il atteste qu'il a accompli personnellement sa mission »

Article R.4321-142

« Tout masseur-kinésithérapeute, lors de son inscription au tableau, atteste devant le conseil départemental de l'ordre qu'il a eu connaissance du présent code de déontologie et s'engage sous serment écrit à le respecter. »

Article R.4321-143

« Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au conseil départemental de l'ordre par un masseur-kinésithérapeute peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Il en est de même de la dissimulation de contrats professionnels. »

Article R.4321-144

« Tout masseur-kinésithérapeute qui modifie ses conditions d'exercice, y compris l'adresse professionnelle, ou cesse d'exercer dans le département est tenu d'en avvertir sans délai le conseil départemental de l'ordre. Celui-ci prend acte de ces modifications et en informe le conseil national. »

Article R.4321-145

« Les décisions prises par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes en application des présentes dispositions doivent être motivées.

Les décisions des conseils départementaux peuvent être réformées ou annulées par le conseil national de l'ordre soit d'office, soit à la demande des intéressés ; dans ce dernier cas, le recours doit être présenté dans les deux mois de la notification de la décision.

Les recours contentieux contre les décisions des conseils départementaux ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le conseil national de l'ordre. »

1.2) Code pénal

Article 222-7

« Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle. »

Article 222-8

« L'infraction définie à l'article 222-7 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un membre ou un agent de la Cour pénale internationale, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation ou de sa plainte, soit à cause de sa déposition devant une juridiction nationale ou devant la Cour pénale internationale ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

6° bis Contre une personne afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union ou en raison de son refus de contracter ce mariage ou cette union ;

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme.

La peine encourue est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-7 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article ».

Article 222-9

« Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende. »

Article 222-10

« L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un membre ou un agent de la Cour pénale internationale, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation ou de sa plainte, soit à cause de sa déposition devant une juridiction nationale ou devant la Cour pénale internationale ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

6° bis Contre une personne afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union ou en raison de son refus de contracter ce mariage ou cette union ;

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme.

La peine encourue est portée à vingt ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-9 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article ».

Article 222-11

Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

Article 222-12

« L'infraction définie à l'article 222-11 est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un membre ou un agent de la Cour pénale internationale, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation ou de sa plainte, soit à cause de sa déposition devant une juridiction nationale ou devant la Cour pénale internationale ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

6° bis Contre une personne, en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union ou afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union ;

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme ;

11° Dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ;

12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur ;

13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ;

14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;

15° Par une personne dissimulant volontairement en tout ou partie son visage afin de ne pas être identifiée.

Les peines encourues sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150 000 euros d'amende lorsque l'infraction définie à l'article 222-11 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque cette infraction est commise dans deux des circonstances prévues aux 1° et suivants du présent article. Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le précédent alinéa. »

Article 222-13

« Les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur.

3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un membre ou un agent de la Cour pénale internationale, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation ou de sa plainte, soit à cause de sa déposition devant une juridiction nationale ou devant la Cour pénale internationale ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

6° bis Contre une personne, en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union ou afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union ;

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme ;

11° Dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ;

12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur.

13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ;

14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;

15° Par une personne dissimulant volontairement en tout ou partie son visage afin de ne pas être identifiée.

Les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction définie au premier alinéa est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les peines sont également portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque cette infraction, ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours, est commise dans deux des circonstances prévues aux 1° et suivants du présent article. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances ».

Article 222-19

« Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende ».

Article 226-13

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende ».

Article 226-14

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de

se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Article 222-22

« Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

Lorsque les agressions sexuelles sont commises à l'étranger contre un mineur par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6 et les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables ».

Article 222-22-1

« La contrainte prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 peut être physique ou morale. La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime ».

Article 222-23

« Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.

Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle ».

Article 222-27

« Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende ».

Article 223-6

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

Article 433-17

« L'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Les personnes physiques ou morales coupables du délit prévu à la présente section encourent également la peine complémentaire suivante : interdiction de l'activité de prestataire de formation professionnelle continue au sens de l'article L. 6313-1 du code du travail pour une durée de cinq ans ».

Article 441-7

« Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende le fait :

1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;

2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ;

3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui ».

Article 433-17

« L'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Les personnes physiques ou morales coupables du délit prévu à la présente section encourent également la peine complémentaire suivante : interdiction de l'activité de prestataire de formation professionnelle continue au sens de l'article L. 6313-1 du code du travail pour une durée de cinq ans ».

1.3) Code Civil

Article 1382

« Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».

Article 1383

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. »

Article 1384

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde.

Toutefois, celui qui détient, à un titre quelconque, tout ou partie de l'immeuble ou des biens mobiliers dans lesquels un incendie a pris naissance ne sera responsable, vis-à-vis des tiers, des dommages causés par cet incendie que s'il est prouvé qu'il doit être attribué à sa faute ou à la faute des personnes dont il est responsable.

Cette disposition ne s'applique pas aux rapports entre propriétaires et locataires, qui demeurent régis par les articles 1733 et 1734 du code civil.

Le père et la mère, en tant qu'ils exercent l'autorité parentale, sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux.

Les maîtres et les commettants, du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés ;

Les instituteurs et les artisans, du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance.

La responsabilité ci-dessus a lieu, à moins que les père et mère et les artisans ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité.

En ce qui concerne les instituteurs, les fautes, imprudences ou négligences invoquées contre eux comme ayant causé le fait dommageable, devront être prouvées, conformément au droit commun, par le demandeur, à l'instance ».

1.4) Textes législatifs

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

VERSION ACTUALISEE

Article 75

« L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la

chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire.

S'il s'agit d'un diplôme délivré à l'étranger, il doit conférer à son titulaire une qualification reconnue analogue, selon des modalités fixées par décret.

Les praticiens en exercice, à la date d'application de la présente loi, peuvent se voir reconnaître le titre d'ostéopathe ou de chiropracteur s'ils satisfont à des conditions de formation ou d'expérience professionnelle analogues à celles des titulaires du diplôme mentionné au premier alinéa. Ces conditions sont déterminées par décret.

Dans des conditions précisées par décret, peuvent également bénéficier d'une reconnaissance du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur, si la condition de formation précitée est satisfaite, les personnes qui, dans l'année de la date de publication du décret, soit ont obtenu un diplôme sanctionnant une formation en ostéopathie ou en chiropraxie dispensée par un établissement non agréé, soit se sont inscrites en dernière année d'études dans un établissement non agréé dispensant une formation en ostéopathie ou en chiropraxie et ont obtenu leur diplôme, soit celles qui ne sont pas en exercice à la date de publication du décret mais qui ont obtenu un titre de formation en ostéopathie ou en chiropraxie au cours de l'une des cinq dernières années précédant cette date.

Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret. La Haute Autorité de santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa.

Un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles il sont appelés à les accomplir.

Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le directeur général de l'agence régionale de santé de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations ».

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

VERSION INITIALE

L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « commission dont le secrétariat est assuré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » sont remplacés par les mots : « commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 » ;

2° Le dernier alinéa est supprimé.

II. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 5123-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret » sont remplacés par les mots : « commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'Etat » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 5123-4 est supprimé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 5123-5 et au deuxième alinéa de l'article L. 5211-5-1, les mots : « l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

4° Au 5° de l'article L. 5311-2, les mots : « de la commission de la transparence et » sont supprimés.

III. - Le même code est ainsi modifié :

1° Dans les articles L. 1111-2, L. 1111-9, L. 1151-1, L. 1521-4, L. 1531-3, L. 4133-2, L. 4134-5, L. 4393-1, L. 4394-1, L. 6113-2, L. 6113-3 et L. 6113-6 ainsi que dans l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les mots : « l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

2° Dans l'article L. 1414-4, les mots : « l'Agence nationale » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » et le mot : « accréditation » est remplacé par le mot : « certification » ;

3° Les articles L. 1414-1 à L. 1414-3-2 et L. 1414-5 à L. 1414-12-1 sont abrogés ;

4° Dans l'intitulé du chapitre IV du titre Ier du livre IV de la première partie, le mot : « accréditation » est remplacé par le mot : « certification » ;

5° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 6113-2, les mots : « instituée à l'article L. 1414-1 » sont supprimés ;

6° Au début du deuxième alinéa de l'article L. 6113-6, après les mots : « Le directeur », le mot : « général » est supprimé.

IV. - Dans les articles L. 162-12-15, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé ».

V. - Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2005. A compter de cette date, la Haute Autorité de santé succède à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans ses droits et obligations au titre du fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique.

VI. - La Haute Autorité de santé assume en lieu et place de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé les droits et obligations de l'employeur vis-à-vis de ses personnels. Ceux-ci conservent les mêmes conditions d'emploi.

Les biens, droits et obligations de l'agence précitée sont transférés à la Haute Autorité. Ce transfert est exonéré de tous droits ou taxes et ne donne pas lieu à rémunération

Article 36 version actuelle

« I., II., III., IV. - (Paragraphe modificateurs)

V. - Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2005. A compter de cette date, la Haute Autorité de santé succède à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans ses droits et obligations au titre du fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique.

VI. - La Haute Autorité de santé assume en lieu et place de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé les droits et obligations de l'employeur vis-à-vis de ses personnels. Ceux-ci conservent les mêmes conditions d'emploi.

Les biens, droits et obligations de l'agence précitée sont transférés à la Haute Autorité. Ce transfert est exonéré de tous droits ou taxes et ne donne pas lieu à rémunération ».

1.5) Décrets

Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute

VERSION INITIALE (abrogée le 8 août 2004 par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code)

Article 1

La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Article 2

Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un diagnostic

kinésithérapique et choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Article 3

On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

Article 4

On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques.

Article 5

Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

a) Rééducation concernant un système ou un appareil :

- rééducation orthopédique ;
- rééducation neurologique ;
- rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ; - rééducation respiratoire ;
- rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article 8 ;
- rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

b) Rééducation concernant des séquelles :

- rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
- rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
- rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;
- rééducation des brûlés ;
- rééducation cutanée ;

c) Rééducation d'une fonction particulière :

- rééducation de la motilité faciale et de la mastication ;
- rééducation de la déglutition ;
- rééducation des troubles de l'équilibre.

Article 6

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à effectuer les bilans kinésithérapiques et évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5 ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

Article 7

Pour la mise en œuvre de traitements prescrits par le médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

- a) Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;
- b) Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article 4 ; c) Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;
- d) Etirements musculo-tendineux ;
- e) Mécanothérapie ;
- f) Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;
- g) Relaxation neuromusculaire ;
- h) Electro-physiothérapie :
 - applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électrostimulation antalgique et excito-moteur ;
 - utilisation des ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores, ultrasons) ;
 - utilisation des ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouge, ultraviolets) ;
- i) Autres techniques de physiothérapie :
 - thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;
 - kinébalnéothérapie et hydrothérapie ;
 - pressothérapie.

Article 8

Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- a) A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques (mise en œuvre manuelle ou électrique) ;
- b) A participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;
- c) A participer à la rééducation respiratoire et à pratiquer les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé.

Article 9

Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- a) A prendre la pression artérielle et les pulsations ;
- b) Au cours d'une rééducation respiratoire :
 - à pratiquer les aspirations rhinopharyngées ;
 - à administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;
 - à mettre en place une ventilation par masque ;
 - à mesurer le débit respiratoire maximum ;
- c) A prévenir les escarres ;
- d) A assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- e) A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

Article 10

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions doit être remis au médecin dès son intervention.

Article 11

En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.

Article 12

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.

Article 13

Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.

Ces actions concernent en particulier :

- a) La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;
- b) La contribution à la formation d'autres professionnels ;
- c) La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;
- d) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;
- e) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

Article 14

Le décret no 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute est abrogé.

Article 15

Le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

**Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret no 96-879 du 8 octobre 1996
relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-
kinésithérapeute**

Article 1

L'article 2 du décret du 8 octobre 1996 susvisé est modifié comme suit :

I. - Il est ajouté à la fin du premier alinéa la phrase suivante :

« Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. »

II. - Le deuxième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur. »

Article. 2

L'article 6 du même décret est ainsi rédigé :

« Art. 6. - Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance. »

Article 3

A l'article 7 du même décret, les mots : « Pour la mise en œuvre des traitements prescrits par le médecin » sont remplacés par les mots : « Pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article 5 ».

Article 4.

I. - A l'article 8 du même décret, le c est ainsi rédigé :

« c) A participer à la rééducation respiratoire ».

II. - Au b de l'article 9, après les mots : « à pratiquer les aspirations rhinopharyngées », sont ajoutés les mots : « et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ».

Article 5.

La ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique

Article 1

L'annexe au présent décret regroupe les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique. Les articles identifiés par un « R » correspondent aux dispositions relevant d'un décret en Conseil d'Etat, ceux identifiés par un « D » correspondent aux dispositions relevant d'un décret simple.

Article 2

Les références contenues dans les dispositions de nature réglementaire à des dispositions abrogées par les articles 4 et 5 sont remplacées par les références aux dispositions correspondantes du code de la santé publique.

Article 3

Les dispositions de la partie Réglementaire du même code qui citent en les reproduisant des articles d'autres codes sont de plein droit modifiées par l'effet des modifications ultérieures de ces articles.

(Retranscription aux articles R4321-1 à R4321-13 du code de la santé publique)

Décret n° 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique

VERSION INITIALE

Article 1

Le dernier alinéa de l'article R. 4321-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

« Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retrace dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix.

« Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement. »

Article 2

La ministre de la santé et des sports est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie

VERSION ACTUALISEE

Article 1

« Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le

respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé. »

Article 2

« Les praticiens mentionnés à l'article 1er sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences »

Article 3

« I. - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :
1° Manipulations gynéco-obstétricales ;
2° Touchers pelviens.

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

1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;
2° Manipulations du rachis cervical.

III. - Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel ».

Article 4

« L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

1° Aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins.

2° Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues aux articles 5 à 9 du décret du 25 mars 2007 susvisé ;

3° Aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'usage du titre d'ostéopathe délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé en application des articles 6 ou 16 du présent décret. »

Article 5

« L'autorisation de faire usage professionnel du titre d'ostéopathe est subordonnée à l'enregistrement sans frais des diplômes, certificats, titres ou autorisations de ces professionnels auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de leur résidence professionnelle. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent cette autorité.

Lors de l'enregistrement, ils doivent préciser la nature des études suivies ou des diplômes leur permettant l'usage du titre d'ostéopathe et, s'ils sont professionnels de santé, les diplômes d'Etat, titres, certificats ou autorisations mentionnés au présent décret dont ils sont également titulaires.

Il est établi, pour chaque département, par le directeur général de l'agence régionale de santé, une liste des praticiens habilités à faire un usage de ces titres, portée à la connaissance du public »

Article 6

« Le directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans le ressort de laquelle se situe le lieu d'établissement de l'intéressé peut, après avis de la commission régionale mentionnée à l'article 11, autoriser individuellement à user du titre d'ostéopathe les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui ont suivi avec succès un cycle d'études postsecondaires et qui, sans posséder l'un des diplômes prévus à l'article 4, sont titulaires :

1° D'un titre de formation délivré par un Etat, membre ou partie, et requis par l'autorité compétente d'un Etat, membre ou partie, qui régit l'accès à cette activité professionnelle ou son exercice, et permettant d'exercer légalement celle-ci dans cet Etat ;

2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un Etat, membre ou partie, qui ne régit pas l'accès à cette activité professionnelle ou son exercice, d'un titre de formation délivré par un Etat, membre ou partie, attestant de la préparation à l'exercice de cette activité professionnelle, accompagné d'une attestation justifiant, dans cet Etat, de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années ou à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période. Cette condition n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette activité professionnelle est réglementée ;

3° Ou d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement cette activité professionnelle.

La délivrance de l'autorisation d'usage professionnel du titre permet au bénéficiaire d'exercer l'ostéopathie dans les mêmes conditions que les personnes titulaires du diplôme mentionné au 2° de l'article 4 ».

Article 7

« Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent délivre l'autorisation d'usage professionnel du titre d'ostéopathe, au vu d'une demande accompagnée d'un dossier présenté selon les modalités fixées par l'arrêté mentionné à l'article 9.

Il accuse réception de la demande dans le délai d'un mois à compter de sa réception.

Le silence gardé par le directeur général de l'agence régionale de santé compétent, à l'expiration d'un délai de quatre mois à compter de la réception du dossier complet, vaut décision de rejet de la demande ».

Article 8

« La commission mentionnée à l'article 11 examine l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle de l'intéressé.

Lorsque la formation est inférieure d'au moins un an à celle du diplôme prévu à l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 susvisée ou lorsqu'elle porte sur des matières substantiellement différentes ou lorsqu'une ou plusieurs composantes de l'activité professionnelle dont l'exercice est subordonné au diplôme précité n'existent pas dans la profession correspondante dans l'Etat membre d'origine ou n'ont pas fait l'objet d'un enseignement dans cet Etat, la commission vérifie l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle de l'intéressé. Si celles-ci ne sont pas de nature à couvrir, en tout ou en partie, ces différences, la commission propose une mesure de compensation consistant soit en une épreuve d'aptitude, soit en un stage d'adaptation.

Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent informe l'intéressé du contenu et de la durée des mesures de compensation envisagées et lui demande de se soumettre, à son choix, à l'une ou l'autre de ces mesures. »

Article 8-1

L'épreuve d'aptitude a pour objet de vérifier au moyen d'épreuves écrites ou orales que l'intéressé fait preuve d'une connaissance appropriée des matières figurant au programme du titre de formation permettant l'exercice de l'activité professionnelle en France, qui ne lui ont pas été enseignées initialement ou qu'il n'a pas acquises au cours de son expérience professionnelle.

Le stage d'adaptation a pour objet de permettre à l'intéressé d'acquérir les connaissances définies à l'alinéa précédent. Il comprend un stage pratique effectué sous la responsabilité d'un professionnel qualifié, accompagné éventuellement d'une formation théorique complémentaire facultative. La durée du stage n'excède pas trois ans.

Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent délivre l'autorisation d'usage professionnel du titre d'ostéopathe après accomplissement du stage d'adaptation ou au vu du résultat de l'épreuve d'aptitude. »

Article 9

« Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé :

1° La composition du dossier produit à l'appui de la demande d'autorisation ;

2° La composition du jury de l'épreuve d'aptitude et les modalités d'organisation de cette épreuve ;

3° Les modalités d'organisation et d'évaluation du stage d'adaptation ;

4° Les informations à fournir dans les états statistiques »

Article 10

« L'ostéopathe, ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement l'activité d'ostéopathe dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels, de manière temporaire et occasionnelle, sans avoir à procéder à l'enregistrement mentionné à l'article 5.

Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation de services est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de sa durée, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité.

Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à l'activité professionnelle d'ostéopathe n'est pas réglementé dans l'Etat où il est établi, le prestataire de services doit justifier y avoir exercé pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes. »

Article 10-1

« La prestation de services est subordonnée à une déclaration préalable qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par l'arrêté mentionné à l'article 10-5. Elle est adressée, avant la première prestation de services, au directeur général de l'agence régionale de santé du ressort choisi par le prestataire.

Cette déclaration comporte des informations relatives à l'état civil, à la nationalité, à la légalité de l'établissement dans l'Etat membre d'origine ou de provenance, à l'absence d'interdiction, même temporaire, d'exercer, aux qualifications professionnelles, à l'assurance professionnelle et au lieu d'exécution de la première prestation de services ainsi que les pièces justificatives qui l'accompagnent. »

Article 10-2

« I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent se prononce après avis de la commission mentionnée à l'article 11.

II. - Dans un délai d'un mois à compter de la réception de la déclaration, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent informe le prestataire, au vu de l'examen de son dossier :

1° Soit qu'il peut débiter la prestation de services ;

2° Soit qu'il ne peut pas débiter la prestation de services ;

3° Soit, lorsque la vérification des qualifications professionnelles du prestataire met en évidence une différence substantielle avec la formation exigée en France, qu'il doit démontrer qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment en se soumettant à une épreuve d'aptitude. S'il satisfait à ce contrôle, il est informé dans le délai d'un mois qu'il peut débiter la prestation de services. Dans le cas contraire, il est informé qu'il ne peut pas débiter la prestation de services.

III. - Dans le même délai d'un mois à compter de la réception de la déclaration, lorsque l'examen du dossier met en évidence une difficulté nécessitant un complément d'informations, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent informe le prestataire des raisons du retard pris dans l'examen de son dossier. Il dispose alors d'un délai d'un mois pour obtenir les compléments d'informations demandés. Dans ce cas, avant la fin du deuxième mois à compter de la réception de ces informations, le directeur général informe le prestataire, après réexamen de son dossier :

1° Soit qu'il peut débiter la prestation de services ;

2° Soit qu'il ne peut pas débiter la prestation de services ;

3° Soit, lorsque la vérification des qualifications professionnelles du prestataire met en évidence une différence substantielle avec la formation exigée en France, qu'il doit démontrer qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment en se soumettant à une épreuve d'aptitude. S'il satisfait à ce contrôle, il est informé dans le délai d'un mois qu'il peut débiter la prestation de services. Dans le cas contraire, il est informé qu'il ne peut pas débiter la prestation de services.

IV. - En l'absence de réponse du directeur général de l'agence régionale de santé compétent dans les délais fixés aux II et III ci-dessus, la prestation de services peut débiter. »

Article 10-3

« Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent enregistre le prestataire de services sur une liste particulière. Il adresse au demandeur un récépissé comportant son numéro d'enregistrement.

La déclaration est renouvelable tous les ans. En cas de changement de la situation du demandeur telle qu'établie par les documents joints, il déclare ces modifications et fournit, le cas échéant, les pièces fixées par l'arrêté mentionné à l'article 10-5 ».

Article 10-4

« Le prestataire de services est soumis aux conditions d'exercice de l'activité professionnelle ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France.

La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'Etat d'établissement, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français. »

Article 10-5

« Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :

1° Le modèle de la déclaration ainsi que la liste des pièces justificatives ;

2° Les informations à fournir dans les états statistiques ».

Article 11

« I. - Dans chaque région, la commission des ostéopathes mentionnée aux articles 6,8 et 10-2 comprend :

1° Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, président ;

2° Un médecin ;

3° Un masseur-kinésithérapeute ;

4° Deux ostéopathes, dont un enseignant.

Un arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé nomme, pour une durée de cinq ans renouvelable, les membres titulaires et suppléants mentionnés aux 2° à 4°.

II. - L'agence régionale de santé assure le secrétariat de la commission. Les frais de déplacements et de séjour de ses membres sont pris en charge dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat ».

Article 12

« Le praticien, lors de la délivrance de l'autorisation d'usage du titre ou de la déclaration de prestation de services, doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France.

En cas de doute sur les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent vérifie le caractère suffisant de la maîtrise de la langue française par le demandeur. »

Article 13

« Le praticien habilité à faire usage du titre d'ostéopathe peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il a été obtenu.

Dans le cas où le titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire que le professionnel n'a pas suivie, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'il lui indique »

Article 14

« Les praticiens autorisés à faire usage du titre d'ostéopathe doivent indiquer, sur leur plaque et tout document, leur diplôme et, s'ils sont professionnels de santé en exercice, les diplômes d'Etat, titres, certificats ou autorisations professionnelles dont ils sont également titulaires ».

Article 15

« Le fait pour une personne non autorisée de pratiquer les manipulations et mobilisations mentionnées à l'article 1er est passible de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe.

Cette sanction n'est pas applicable aux médecins et aux autres professionnels de santé habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé lorsqu'ils agissent dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel »

Article 16

« I. - A titre transitoire et par dérogation aux dispositions de l'article 4, l'autorisation d'user du titre professionnel d'ostéopathe est délivrée après avis de la commission mentionnée au II :

1° Par le préfet de région du lieu d'exercice de leur activité, aux praticiens en exercice à la date de publication du présent décret justifiant de conditions de formation équivalentes à celles prévues à l'article 2 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 visé ci-dessus ou attestant d'une expérience professionnelle dans le domaine de l'ostéopathie d'au moins cinq années consécutives et continues au cours des huit dernières années.

Si aucune de ces deux conditions n'est remplie, la commission peut proposer des dispenses de formation en fonction de la formation initialement suivie.

2° Par le préfet de région du siège d'implantation de l'établissement ayant assuré la formation, aux personnes justifiant de conditions de formation équivalentes à celles prévues à l'article 2 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 et qui ont suivi :

a) Soit une formation en ostéopathie attestée par un titre de formation délivré en 2007 par un établissement non agréé ou un titre de formation délivré au cours de l'une des cinq années

précédentes par un établissement agréé ou ayant présenté une demande d'agrément dans les conditions prévues à l'article 10 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 visé ci-dessus ;

b) Soit une formation en ostéopathie attestée par un titre de formation délivré en 2008 par un établissement non agréé.

La commission peut, le cas échéant, proposer des dispenses de formation en fonction de la formation initialement suivie.

II. - La commission mentionnée au I est présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant. Elle comprend quatre personnalités qualifiées titulaires et quatre personnalités qualifiées suppléantes nommées par le préfet de région choisies en raison de leurs compétences dans les domaines de la formation et de leur expérience professionnelle en santé et en ostéopathie. Ses membres sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable une fois.

La commission se réunit dans les conditions fixées par le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement des commissions consultatives à caractère consultatif.

Les frais de déplacements et de séjour de ses membres sont pris en charge dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat ».

NOTA:

A l'avant-dernier alinéa, au lieu de "consultatives", il convient de lire "administratives".

Article 17

« Les praticiens en exercice à la date de publication du présent décret qui souhaitent bénéficier de l'autorisation mentionnée à l'article 16 en formulent la demande auprès du préfet de région. L'autorité administrative, saisie avant le 31 mars 2009, statue dans un délai de quatre mois à compter de la date de réception de la demande d'autorisation réputée complète. Pour bénéficier des dispositions du a du 2° du I de l'article 16, les personnes concernées déposent un dossier de demande d'autorisation avant le 31 décembre 2007 qui doit faire l'objet d'une décision avant le 31 décembre 2008.

A défaut d'une décision dans ces délais, la demande est réputée rejetée.

La composition du dossier de demande d'autorisation est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Ce dossier comporte notamment tous les éléments concernant la formation suivie ou l'expérience en ostéopathie.

A la réception du dossier complet, il est délivré à l'intéressé un récépissé destiné à l'enregistrement provisoire du titre d'ostéopathe. Cet enregistrement ouvre droit à l'usage temporaire du titre d'ostéopathe jusqu'à la décision du représentant de l'Etat.

Pour bénéficier des dispositions du b du 2° du I de l'article 16, les personnes concernées déposent un dossier de demande d'autorisation dans les deux mois suivant l'obtention de leur titre de formation »

Article 19

« Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française ».

Décret n°2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation

VERSION ACTUALISEE

Article 1

« La formation spécifique à l'ostéopathie vise à l'acquisition des connaissances nécessaires à la prise en charge des troubles fonctionnels décrits à l'article 1er du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. Cette formation comporte des enseignements théoriques et pratiques. Il ne doit pas comporter d'enseignements relatifs à la pratique des actes non autorisés en vertu de l'article 3 du même décret ».

Article 2

« Le diplôme d'ostéopathe est délivré aux personnes ayant suivi une formation d'au moins 2 660 heures ou trois années comportant 1 435 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie et 1 225 heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie.

Cette formation se décompose en unités de formation dans les domaines suivants :

- 1° Physiopathologie et pharmacologie ;
- 2° Appareil locomoteur, fonctions normales et pathologiques ;
- 3° Système nerveux central et périphérique, fonctions normales et pathologiques ;
- 4° Appareil ostéo-articulaire, fonctions normales et pathologie rhumatismale ;
- 5° Appareils cardio-vasculaire et respiratoire, fonctions normales et pathologiques ;
- 6° Psycho-sociologie et aspects réglementaires.

Elle porte aussi sur les concepts et les techniques de l'ostéopathie.

Le contenu et la durée des unités de formation ainsi que les modalités de leur validation sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le diplôme est délivré par les établissements agréés mentionnés aux articles 5 à 7 du présent décret ou par l'un des établissements universitaires mentionnés à l'article 9 ».

Article 3

« Les dispenses partielles ou totales de formation auxquelles certains professionnels de santé mentionnés au livre Ier ou dans les titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique peuvent prétendre sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Article 4

« L'obligation de formation continue des médecins utilisant le titre d'ostéopathe est assurée dans les conditions et modalités de la formation médicale continue définies au chapitre III du titre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

Cette obligation est assurée dans les conditions et modalités de formation continue applicables aux masseurs-kinésithérapeutes :

1° Pour les masseurs-kinésithérapeutes utilisant le titre d'ostéopathe ;

2° Pour les autres professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code de la santé publique utilisant le titre d'ostéopathe ;

3° Pour les personnes utilisant le titre d'ostéopathe mais ne disposant d'aucun titre ou diplôme les autorisant à exercer une des professions de santé mentionnées dans la quatrième partie du même code. »

Article 5

« La personne physique ou morale juridiquement responsable d'un établissement de formation désireux préparer au diplôme mentionné à l'article 2 établit un dossier de demande d'autorisation comprenant les informations administratives mentionnées aux articles L. 731-1 à L. 731-17 du code de l'éducation ainsi que les pièces démontrant la capacité pédagogique de l'établissement à assurer la préparation des candidats à l'obtention du diplôme conformément aux principes des textes réglementant ce diplôme ainsi que la qualification des formateurs et des directeurs de l'établissement.

La composition du dossier de demande d'agrément est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Ce dossier comporte notamment les statuts de l'établissement de formation et sa capacité d'accueil, la description des formations délivrées, la description des locaux et des moyens pédagogiques et la description de la formation délivrée en ostéopathie ».

Article 6

« Le dossier de demande est transmis au ministre chargé de la santé au plus tard quatre mois avant la date d'ouverture de l'établissement.

Cette transmission fait l'objet d'un accusé de réception délivré dans les conditions fixées par le décret du 6 juin 2001 susvisé.

L'agrément est délivré pour une durée de quatre ans par le ministre chargé de la santé après avis d'une commission nationale d'agrément.

Cette commission est présidée par le représentant du ministre chargé de la santé. Sa composition et son fonctionnement sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Article 7

« L'agrément est délivré aux établissements remplissant les conditions suivantes :

I. - Assurer une formation conforme aux modalités prévues à l'article 2 du présent décret en matière de durée et de contenu de la formation ;

II. - Etre engagé dans une démarche d'évaluation de la qualité de l'enseignement dispensé ;

III. - Disposer d'un projet pédagogique respectant le référentiel de formation, notamment la qualité des lieux de stage et leur tutorat ;

IV. - Assurer la formation sous la responsabilité d'une équipe pédagogique composée d'enseignants permanents, de professionnels de santé et de personnes autorisées à pratiquer l'ostéopathie. Cette équipe est placée sous l'autorité d'un conseil scientifique comprenant notamment un titulaire du diplôme de docteur en médecine.

Les établissements d'enseignement privés doivent en outre satisfaire aux prescriptions des articles L. 731-1 à L. 731-17 du code de l'éducation ».

Article 8

« La suspension ou le retrait de l'agrément peuvent être prononcés par décision motivée du ministre chargé de la santé après que l'établissement a été mis à même de présenter ses observations lorsque l'une des conditions mentionnées à l'article 7 cesse d'être remplie ».

Article 9

« La condition d'agrément mentionnée à l'article 75 de la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 susvisée est remplie pour les universités qui délivrent des diplômes universitaires ou des diplômes interuniversitaires d'ostéopathie à des titulaires de diplômes, certificats, titres ou autorisations leur permettant d'exercer une profession médicale ou d'auxiliaires médicaux ».

Article 10

« Les établissements dispensant une formation d'ostéopathie à la date de publication du présent décret demandent avant le 1er mai 2007 l'agrément mentionné à la section 3 du présent décret. A défaut, ils sont considérés comme ne répondant pas aux dispositions des articles 5 à 8.

Cette demande précise en particulier les conditions dans lesquelles les établissements examinent la situation des étudiants ayant effectué une période d'étude non sanctionnée par un diplôme au sein d'un établissement qui n'a pas sollicité ou n'a pas obtenu d'agrément ».

Article 11

« Les dispositions du présent décret sont applicables à Mayotte à l'exception de l'article 4 ».

Article 12

« Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française »

Décret n°2007-1564 du 2 novembre 2007 modifiant le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie (version initiale)

Article 1

Le I de l'article 16 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. - A titre transitoire et par dérogation aux dispositions de l'article 4, l'autorisation d'user du titre professionnel d'ostéopathe est délivrée après avis de la commission mentionnée au II :
« 1° Par le préfet de région du lieu d'exercice de leur activité, aux praticiens en exercice à la date de publication du présent décret justifiant de conditions de formation équivalentes à celles prévues à l'article 2 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 visé ci-dessus ou attestant d'une expérience professionnelle dans le domaine de l'ostéopathie d'au moins cinq années consécutives et continues au cours des huit dernières années.

« Si aucune de ces deux conditions n'est remplie, la commission peut proposer des dispenses de formation en fonction de la formation initialement suivie.

« 2° Par le préfet de région du siège d'implantation de l'établissement ayant assuré la formation, aux personnes justifiant de conditions de formation équivalentes à celles prévues à l'article 2 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 et qui ont suivi :

« a) Soit une formation en ostéopathie attestée par un titre de formation délivré en 2007 par un établissement non agréé ou un titre de formation délivré au cours de l'une des cinq années

précédentes par un établissement agréé ou ayant présenté une demande d'agrément dans les conditions prévues à l'article 10 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 visé ci-dessus ;
« b) Soit une formation en ostéopathie attestée par un titre de formation délivré en 2008 par un établissement non agréé.
« La commission peut, le cas échéant, proposer des dispenses de formation en fonction de la formation initialement suivie. »

Article 2

L'article 17 du même décret est ainsi rédigé :

1° A la fin du premier alinéa, il est ajouté la phrase suivante :

« Pour bénéficier des dispositions du a du 2° du I de l'article 16, les personnes concernées déposent un dossier de demande d'autorisation avant le 31 décembre 2007. »

2° A la fin du dernier alinéa, il est ajouté la phrase suivante :

« Ce délai est fixé au 31 décembre 2008 pour les personnes relevant des dispositions du a du 2° du I de l'article 16. »

3° Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Pour bénéficier des dispositions du b du 2° du I de l'article 16, les personnes concernées déposent un dossier de demande d'autorisation dans les deux mois suivant l'obtention de leur titre de formation. »

Article 3

Les dispositions du présent décret sont applicables à Mayotte.

Article 4

La ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et le secrétaire d'Etat chargé de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française

Décret n° 2008-1441 du 22 décembre 2008 relatif à l'usage du titre d'ostéopathe et à l'exercice de cette activité modifiant le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 (retranscrit ci-dessus) relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie

Article 1

I. — Au 3° de l'article 4 du décret du 25 mars 2007 susvisé, le chiffre : « 9 » est remplacé par le chiffre : « 6 ».

II. — La section 2 du chapitre 2 du même décret est modifiée ainsi qu'il suit :

1° L'article 6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le chiffre : « 13 » est remplacé par le chiffre : « 12 » ;

b) Au 1°, les mots : « diplômes, certificats ou autres titres » sont remplacés par les mots : « titres de formation » ;

c) Au deuxième alinéa du 1°, les mots : « ou dans un pays tiers, » sont supprimés ;

d) Au troisième alinéa du 1°, les mots : « diplômes, certificats ou autres titres » sont remplacés par les mots : « titres de formation » et les mots : « dans cet Etat de trois ans au moins » sont remplacés par les mots : « pertinente dont il atteste par tout moyen » ;

e) Le 2° est supprimé ;

f) Le 3°, devenu 2°, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ou d'un ou plusieurs titres de formation délivrés par l'autorité compétente d'un Etat membre ou partie qui ne réglemente pas l'accès à cette activité professionnelle ou son exercice. L'intéressé fournit un certificat de l'autorité compétente de cet Etat attestant de la préparation à cette activité et justifie de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années dans cet Etat ou de son exercice à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période. »

2° L'article 7 est ainsi modifié :

a) Au début de l'article 7, sont ajoutés les mots : « Lorsque la durée de la formation de l'intéressé est inférieure d'au moins un an à celle de l'un des diplômes mentionnés à l'article 4 ou » ;

b) Les mots : « des diplômes mentionnés à l'article 4 du présent décret » sont remplacés par les mots : « de ces diplômes » ;

c) Les mots : « ne sont pas réglementées par l'Etat d'origine ou de provenance ou sont réglementées de manière substantiellement différente » sont remplacés par les mots : « n'existent pas dans le cadre de la profession correspondante de l'Etat membre d'origine ou n'ont pas fait l'objet d'un enseignement dans cet Etat » ;

d) Les mots : « la formation suivie et les acquis professionnels » sont remplacés par les mots : « les qualifications professionnelles, attestées par l'ensemble des titres de formation et l'expérience professionnelle pertinente ».

3° A l'article 8, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La demande d'autorisation d'usage du titre d'ostéopathe, accompagnée d'un dossier dont la composition est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, est adressée au préfet de région qui délivre un récépissé à réception du dossier complet. »

4° L'article 9 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 9. - L'ostéopathe peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il a été obtenu.

« Dans le cas où ce titre de formation est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire que le professionnel n'a pas suivie, le préfet de région peut décider que celui-ci doit porter le titre de formation de l'Etat membre d'origine dans une forme appropriée qu'il lui indique.

« L'ostéopathe exerce son activité sous le titre professionnel français. »

5° L'article 10 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 10. - L'ostéopathe doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de cette activité en France.

« Le préfet de département apprécie le caractère suffisant de la maîtrise de la langue française par l'intéressé lors de la procédure prévue à l'article 5 du présent décret.

« Si les connaissances linguistiques s'avèrent insuffisantes, la procédure est suspendue. Cette décision peut être contestée devant le préfet de région. »

6° L'article 11 est ainsi modifié :

a) Le chiffre : « 10 » est remplacé par le chiffre : « 8 » et le chiffre : « 9 » est remplacé par le chiffre : « 7 » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet de la demande. »

c) Après le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La délivrance de l'autorisation d'usage du titre d'ostéopathe permet au bénéficiaire d'exercer son activité dans les mêmes conditions que les personnes titulaires du diplôme mentionné à l'article 4. »

7° L'article 12 est ainsi modifié :

a) Le chiffre : « 9 » est remplacé par le chiffre : « 7 » ;

b) Au premier alinéa, les mots : « écrites et orales » sont remplacés par les mots : « écrites ou orales » et après le mot : « initialement » sont ajoutés les mots : « ou qu'il n'a pu acquérir par une expérience professionnelle. » ;

c) Au deuxième alinéa, les mots : « aux intéressés » sont remplacés par les mots : « à l'intéressé » et après les mots : « stage pratique » sont ajoutés les mots : « , réalisé sous la responsabilité d'un professionnel qualifié, ».

8° Après l'article 12, il est inséré un article 12-1 ainsi rédigé :

« Art. 12-1. - L'ostéopathe, ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités d'ostéopathe dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels dans les conditions fixées par le présent décret, de manière temporaire et occasionnelle, sans avoir à procéder à l'enregistrement prévu par l'article 5.

« Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation de services est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de sa durée, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité.

« Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à l'activité d'ostéopathe n'est pas réglementé dans l'Etat où il est établi, le prestataire de services doit justifier y avoir exercé pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes.

« La libre prestation de services est subordonnée à une déclaration écrite préalable, établie en français, lors de la première prestation ou en cas de changement matériel dans la situation du prestataire. Cette déclaration comporte notamment les renseignements relatifs à la nationalité, aux qualifications professionnelles et à l'assurance professionnelle du demandeur. Elle atteste également de l'établissement légal et de l'absence d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer de celui-ci.

« Cette déclaration est renouvelée une fois par an si le prestataire souhaite effectuer une nouvelle prestation de services. En cas de changement dans sa situation au regard des

documents précédemment fournis, le prestataire déclare ces modifications et fournit les pièces correspondantes.

« Lorsque la déclaration, accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives, a été faite, le préfet de région informe le prestataire, dans un délai n'excédant pas un mois, de la transmission de son dossier à la commission prévue à l'article 16 en vue de la vérification de ses qualifications professionnelles. Ce dernier est informé du résultat de ce contrôle par le préfet de région.

« Dans le cas où un complément d'information est demandé par le préfet de région au prestataire, ce délai est prorogé d'un mois à compter de la réception des documents.

« Si cette vérification met en évidence une différence substantielle entre les qualifications professionnelles du prestataire et la formation exigée en France, de nature à nuire à la santé publique, le préfet de région demande à l'intéressé de démontrer qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes par une épreuve d'aptitude.

« La réussite à l'épreuve d'aptitude est notifiée par le préfet de région au prestataire dans le délai de deux mois à compter de la réception de la déclaration. En cas d'échec, le prestataire est informé qu'il ne peut réaliser sa prestation.

« En l'absence de réponse du préfet de région dans les délais fixés dans les alinéas ci-dessus, la prestation de services peut être effectuée.

« Le préfet de région enregistre le prestataire sur une liste spécifique et lui adresse un récépissé comportant son numéro d'enregistrement dans un délai n'excédant pas un mois.

« Le prestataire de services peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu. Dans le cas où ce titre de formation peut être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire que le professionnel n'a pas suivie, le préfet de région peut prescrire que celui-ci doit porter le titre de formation de l'Etat membre d'origine dans une forme appropriée qu'il lui indique.

« La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'Etat d'établissement rédigé dans l'une des langues officielles de cet Etat. Dans le cas où ce titre professionnel n'existe pas dans l'Etat membre d'établissement, le prestataire fait mention de son titre de formation dans la langue officielle ou dans l'une des langues officielles de cet Etat membre. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français.

« L'ostéopathe doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de sa prestation de services en France. En cas de doute, le préfet de département vérifie, à la demande du préfet de région, le caractère suffisant de sa maîtrise de la langue française. Une nouvelle vérification peut être faite à la demande de l'intéressé par le préfet de région.

« Le prestataire de services est soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, à l'usage du titre professionnel ainsi qu'aux règles régissant cette activité. »

9° L'article 13 est ainsi modifié :

a) Au 2°, après les mots : « les conditions » sont ajoutés les mots : « d'organisation et » et après les mots : « d'adaptation » sont ajoutés les mots : « et des formations théoriques complémentaires qui y sont associées ; » ;

b) Il est ajouté quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3° La liste des pièces et des informations à produire pour l'instruction du dossier

accompagnant la demande ;

« 4° Les informations à renseigner dans les relevés statistiques ;

« 5° Les modalités et critères d'évaluation des connaissances de la langue française exigées du demandeur ;

« 6° Les modalités d'application de l'exercice de l'activité en libre prestation de services et notamment le modèle de la déclaration, les informations qu'elle comporte ainsi que la liste des pièces justificatives qui l'accompagnent. »

Article 2

L'article 17 du même décret est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la première phrase est remplacée par les dispositions suivantes :

« Les praticiens en exercice à la date de publication du présent décret qui souhaitent bénéficier de l'autorisation mentionnée à l'article 16 en formulent la demande auprès du préfet de région. L'autorité administrative, saisie avant le 31 mars 2009, statue dans un délai de quatre mois à compter de la date de réception de la demande d'autorisation réputée complète.»
et, après les mots : « 31 décembre 2007 », sont ajoutés les mots : « qui doit faire l'objet d'une décision avant le 31 décembre 2008 ».

2° Après le premier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« A défaut d'une décision dans ces délais, la demande est réputée rejetée. »

3° Le quatrième alinéa est supprimé.

Article 3

L'article 18 du même décret est abrogé.

Article 4

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins et modifié par l'arrêté du 22 février 2000

Article 1

Sont abrogés l'arrêté du 21 décembre 1960 et l'arrêté du 31 juillet 1961 le modifiant.

Article 2

« Ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 372 (1°) du code de la santé publique, les actes médicaux suivants :

1° Toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie.

2° Le massage prostatique.

3° Le massage gynécologique.

4° Tout acte de physiothérapie aboutissant à la destruction si limitée, soit-elle des téguments, et notamment la cryothérapie, l'électrolyse, l'électrocoagulation et la diathermo-coagulation.

5° Tout mode d'épilation, sauf les épilations à la pince ou à la cire.

6° Toute abrasion instrumentale des téguments à l'aide d'un matériel susceptible de provoquer l'effusion du sang (rabortage, meulage, fraisage).

7° (supprimé)

8° Audiométrie tonale et vocale à l'exclusion des mesures pratiquées pour l'appareillage des déficients de l'ouïe, en application des dispositions de l'article L. 510-1 du code de la santé publique. »

Article 3

Ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative :

1° (supprimé)

2° Les élongations vertébrales par tractions mécaniques (mise en jeu manuelle ou électrique).

3° (supprimé)

4° Les actes d'électrothérapie médicale comportant l'emploi :

Des rayons infrarouges ;

Des rayons ultraviolets produits par les émetteurs "lampes de cabinet" visés à l'annexe du présent arrêté ;

Des ultra-sons ;

Des courants de haute fréquence (et notamment : diathermie, ondes courtes) ;

- De l'ionisation ;
- Du courant continu (faradique et galvanique).
- 5° L'emploi des rayons X.
- 6° (supprimé)
- 7° (supprimé)
- 8° (supprimé)

Article 4

« Peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative :

- 1° Prise de la tension artérielle.
- 2° à 14° (alinéas supprimés)
- 15° Aérosols (à la condition que la solution administrée soit prescrite par le médecin sur ordonnance sur laquelle doivent figurer et la dose d'aérosols à utiliser chaque fois et la durée des séances et leur nombre).
- 16° (alinéa supprimé)
- 17° (alinéa supprimé)
- 18° Actes d'électrothérapie médicale comportant l'emploi :
 - Des rayons ultraviolets, par dérogation aux dispositions de l'article 3 du présent arrêté, pour les émetteurs dits "lampes de prescription" visés à l'annexe du présent arrêté ;
 - Des rayons infrarouges à ondes longues ou émis par résistance visible ou lampe, le malade exposé pouvant s'éloigner à volonté, par dérogation aux dispositions de l'article 3 du présent arrêté ;
 - Des courants de moyenne et basse fréquence.
- 19° Massages simples, massages avec application de rayons infrarouges dans les conditions du présent article.
- 20° Mobilisation manuelle des segments de membres (à l'exclusion des manœuvres de force).
- 21° Mécanothérapie.
- 22° Gymnastique médicale, postures.
- 23° Rééducation fonctionnelle.
- 24° Rééducation orthoptique.
- 25° (alinéa supprimé)
- 26° Le maniement des appareils servant à enregistrer le pouls »

Article 4 bis

Peuvent être exécutés par les directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses médicales, non médecins, sur prescription du médecin mais en dehors de la présence de celui-ci, et exclusivement en vue des analyses qui leur sont confiées, les actes médicaux ci-après :

Tubage gastrique et duodéal ;

Sondage vésical chez la femme ;

Prélèvements effectués au niveau des téguments, des phanères et des muqueuses accessibles sans traumatismes.

Les directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses médicales susvisés doivent justifier de la possession d'un certificat de capacité pour chaque catégorie d'actes mentionnés ci-dessus délivré dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé. Pendant un délai de deux ans à compter de la publication du présent arrêté, le certificat de capacité est délivré par le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale aux directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses médicales, sur production d'attestations établies par des chefs de services d'établissements hospitaliers publics où sont effectués habituellement ces actes,

Ces attestations ne pourront être délivrées aux intéressés que si ces derniers ont exécuté de façon satisfaisante, cinq fois, sous le contrôle direct du chef de service signataire, chacune des catégories d'actes pour la pratique desquels ils sollicitent un certificat de capacité.

Article 5

Peuvent être exécutés par les directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses médicales qui sont titulaires du diplôme d'Etat de pharmacien ou de vétérinaire, ou qui sont bénéficiaires de l'autorisation prévue à l'article L. 757 du code de la santé publique, uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, et exclusivement en vue des analyses qui leur sont confiées, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative :

Prélèvement de sang veineux au lobule de l'oreille ;

Prélèvement de sang veineux à la pulpe des doigts ;

Prélèvement de sang veineux au pli du coude.

Les directeurs de laboratoires d'analyses médicales visés à l'alinéa précédent doivent justifier de la possession d'un certificat de capacité délivré dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé publique et de la population.

Article 5 ter

Les étudiants en médecine munis de trois inscriptions annuelles validées, ainsi que les externes des hôpitaux publics nommés par voie de concours, peuvent exécuter sur prescription qualitative et quantitative d'un médecin tout prélèvement de sang veineux.

Article 6

Le directeur général de la santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Article Annexe

En application, de l'arrêté concernant les actes médicaux, les émetteurs de rayons ultra-violetts sont classés en trois catégories :

Les émetteurs de forte puissance, dits "lampes de cabinet", consommant plus de 250 watts et visés à l'article 3 ;

Les émetteurs de moyenne puissance, dits "lampes de prescription", consommant moins de 250 watts et visés à l'article 4 ;

Les émetteurs de faible puissance, dits "lampes domestiques", qui peuvent être :

Soit des lampes sans filtre arrêtant les ultra-violetts du groupe C, de longueur d'onde inférieure à 2.800 Å, consommant au plus 100 watts (le spectre doit comporter une énergie en ultra-violetts du groupe B supérieure ou au moins égale à l'énergie en ultra-violetts du groupe C) ;

Soit des lampes avec filtre non amovible arrêtant les ultra-violetts du groupe C de longueur d'onde inférieure à 2.800 Å, consommant au plus 125 watts.

Ces lampes ne sont pas visées par l'arrête susmentionné, leur usage restant libre, sous réserve qu'en aucun cas elles ne seront appliquées à une distance inférieure à 0,50 mètre et que les yeux devront être protégés de face et latéralement par des lunettes dont les verres sont opaques aux rayons ultra-violetts. Ces indications doivent figurer de façon indélébile sur l'émetteur ou son support.

Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire

Article 1

« A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, sauf indication contraire du médecin, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire chez leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

1. Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades ;
2. Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
3. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;

4. Barrières de lits et cerceaux ;
5. Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur ;
6. Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois ;
7. Attelles souples de correction orthopédique de série ;
8. Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série ;
9. Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série ;
10. Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire ;
11. Collecteurs d'urines, étuis péniens, pessaires, urinal ;
12. Attelles souples de posture et ou de repos de série ;
13. Embouts de cannes ;
14. Talonnettes avec évidement et amortissantes ;
15. Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe ;
16. Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie »

Article 2

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française

**Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la composition du dossier et aux modalités
d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation prévues pour les
ostéopathes par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions
d'exercice de l'ostéopathie
VERSION ACTUALISEE**

Article 1

« Le dossier mentionné à l'article 10 du décret du 25 mars 2007 susvisé comprend les pièces suivantes :

1. Fiche d'état civil et de nationalité ;
2. Copie des diplômes, certificats ou titres obtenus ;
3. Document de l'autorité ayant délivré les diplômes, certificats ou titres attestant que cette formation a été effectuée dans une université, un établissement d'enseignement supérieur ou

dans un autre établissement du même niveau de formation, avec indication de la durée de cette formation ;

4. Contenu des études et des stages effectués pendant la formation avec le nombre d'heures annuel par matière pour les enseignements théoriques, la durée des stages et le secteur dans lequel ils ont été réalisés, délivré et attesté par la structure de formation ;

5. Pour les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre délivré par un pays tiers et reconnu par un Etat membre et pour les personnes ayant exercé dans un Etat membre qui ne réglemente pas l'activité concernée :

a) Attestation émanant de l'autorité compétente de l'Etat membre certifiant la durée de l'exercice professionnel avec les dates correspondantes ;

b) Relevé des stages de formation permanente éventuellement suivis avec indication du contenu et de la durée de ces stages ;

6. Traduction par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'UE ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen des documents précités.

Le dossier est adressé, par lettre recommandée avec accusé de réception, au directeur général de l'agence régionale de santé dans la région où le candidat souhaite exercer ».

Article 2

« Lorsque la formation du candidat a été jugée substantiellement différente de la formation requise en France, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, après avis de la commission régionale mentionnée à l'article 11 du décret précité, la nature et la durée de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation proposés au candidat.

Une notification du directeur général de l'agence régionale est adressée au candidat.

L'épreuve d'aptitude consiste en un contrôle des connaissances pour chaque matière qui ne lui a pas été enseignée initialement.

Chacun de ces contrôles est noté sur 20 et se compose d'une ou de plusieurs interrogations écrites ou orales.

Le stage d'adaptation peut se dérouler sur plusieurs terrains de stage agréés et être accompagné d'une formation complémentaire ».

Article 3

« L'épreuve d'aptitude est organisée par une agence régionale de santé selon des modalités définies par le ministre chargé de la santé.

Le jury de l'épreuve d'aptitude, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, se compose du directeur général de l'agence régionale de santé ou de son représentant qui le préside et de deux professionnels qualifiés ayant exercé pendant trois ans au moins, dont un enseignant exerçant ou ayant exercé. Les sujets de l'épreuve d'aptitude sont fixés par le jury.

Le demandeur doit déposer auprès d'une des agences régionales de santé organisatrices de l'épreuve d'aptitude un dossier d'inscription comprenant les pièces suivantes :

- une demande d'inscription sur papier libre ;
- une copie de la notification du directeur général de l'agence régionale précisant la nature et la durée de l'épreuve.

Pour réussir l'épreuve d'aptitude, le candidat doit obtenir une moyenne générale supérieure ou égale à 10 sur 20, sans note inférieure à 7 sur 20 à un ou plusieurs des contrôles de connaissances.

En cas de moyenne générale inférieure à 10 sur 20 ou de moyenne générale égale ou supérieure à 10 sur 20, mais avec une note inférieure à 7 sur 20 à un ou plusieurs contrôles de connaissances, le candidat, dont les notes lui ont été notifiées par l'agence régionale de santé dans laquelle il a passé l'épreuve d'aptitude, peut se représenter auprès de cette direction ou d'une autre direction organisant ladite épreuve. Dans ce cas, l'intéressé peut conserver, à sa demande, le bénéfice des notes supérieures ou égales à 10 sur 20 obtenues à un ou plusieurs contrôles de connaissances ».

Article 4

« Le stage d'adaptation est organisé par une agence régionale de santé, sur un ou plusieurs terrains de stage agréés par cette agence, sur proposition du médecin inspecteur régional de la santé. Le stagiaire est placé sous la responsabilité pédagogique d'un professionnel qualifié exerçant depuis au moins trois ans.

Le demandeur doit déposer auprès d'une des agences régionales de santé organisatrices du stage un dossier comprenant les pièces suivantes :

- une demande de stage sur papier libre ;
- une copie de la notification du directeur général de l'agence régionale précisant la nature et la durée du stage devant être validé.

Le stage, qui comprend éventuellement une formation théorique complémentaire, est validé par le professionnel qualifié encadrant le stagiaire.

En cas de non-validation du stage, l'intéressé, informé par l'agence régionale de santé ayant organisé celui-ci, peut demander à suivre un nouveau stage dans une des agences régionales de santé organisatrices du stage ».

Article 5

« En cas de réussite à l'épreuve d'aptitude ou de validation du stage, l'agence régionale de santé ayant organisé ceux-ci notifie les résultats au directeur général de l'agence régionale de santé, dans la région où le candidat souhaite exercer, qui l'autorise à faire usage professionnel du titre d'ostéopathe, dans le respect des dispositions du décret du 25 mars 2007 susvisé ».

Article 6

« La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française. »

Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires

VERSION ACTUALISEE

Article 1

« La formation commune des ostéopathes comporte deux phases :

- une phase de 1 435 heures, d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine ;
- une phase de 1 225 heures, d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie. »

Article 2

« La phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine se décompose en six unités de formation :

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

Notions générales sur les grandes fonctions ;

Notions de médecine, chirurgie : principaux signes fonctionnels, signes d'alerte des principales pathologies ;

Notions sur les principales classes thérapeutiques.

Unité de formation 2 : psychosociologie, éthique, déontologie, aspects médico-légaux (105 heures) :

Notions générales de psychologie, la relation patient-soignant, l'approche spécifique de groupes populationnels (handicapés, personnes âgées, enfants...) ;

Notions de déontologie, secret professionnel, règles professionnelles au regard du patient et des différents acteurs du système de santé.

Unité de formation 3 : appareil locomoteur, traumatologie (315 heures) :

Anatomie, morphologie, biomécanique, principales pathologies de l'enfant et de l'adulte.

Unité de formation 4 : système nerveux central et périphérique (245 heures) :

Anatomie, physiologie, principales pathologies neurologiques de l'enfant et de l'adulte.

Unité de formation 5 : appareil ostéo-articulaire (140 heures) :

Anatomie, physiologie, principales pathologies rhumatismales de l'enfant et de l'adulte.

Unité de formation 6 : appareil cardio-vasculaire et respiratoire (70 heures) :

Anatomie, physiologie, principales pathologies de l'enfant et de l'adulte »

Article 3

« La phase d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie comporte trois unités de formation :

Unité de formation A : le concept et les techniques de l'ostéopathie (210 heures) :

Notions générales dispensées en enseignements théoriques (1/3) et pratiques (2/3) en établissement de formation.

Unité de formation B : approche palpatoire et gestuelle de l'ostéopathie (315 heures) :

Acquisition de la technique par un enseignement pratique en établissement de formation.

Unité de formation C : applications des techniques de l'ostéopathie au système musculo-squelettique et myofascial (700 heures) :

Enseignements théoriques (1/3) et pratiques en établissements de formation et en stages cliniques auprès d'un ostéopathe exclusivement (2/3) ».

Tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânio-sacrée, à des pratiques se rapportant à la sphère urogénitale ainsi qu'à une pratique de l'ostéopathie chez la femme enceinte est strictement exclu de la formation (1).

NOTA:

- (1) Conseil d'Etat, décision n° 304482, en date du 23 janvier 2008 art. 1 : Le dernier alinéa de l'article 3 de l'arrêté du 25 mars 2007 est annulé en tant qu'il exclut tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânio-sacrée de la formation en ostéopathie.

Article 4

« Chaque unité de formation de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine est évaluée par une épreuve écrite de contrôle des connaissances notée sur 20 points et validée en cas d'obtention d'une note au moins égale à 10 sur 20.

Cette épreuve écrite est relative aux principaux thèmes de l'unité de formation concernée.

II. - Chaque unité de formation de la phase d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie fait l'objet d'un contrôle des connaissances sous la forme d'épreuves écrites, pratiques ou de mise en situation professionnelle selon l'unité de formation considérée.

L'unité de formation A est évaluée par une épreuve écrite de contrôle des connaissances notée sur 20 points et validée en cas d'obtention d'une note au moins égale à 10 sur 20.

L'unité de formation B est évaluée par une épreuve pratique en établissement de formation par deux enseignants de celui-ci, notée sur 20 points et validée en cas d'obtention d'une note au

moins égale à 10 sur 20.

L'unité de formation C est évaluée par la validation des stages cliniques notés sur 20, en cas d'obtention d'une note au moins égale à 10 sur 20.

III. - Pour chaque unité de formation non validée des deux phases définies aux articles 2 et 3 du présent arrêté, une épreuve de rattrapage est organisée dans les trois mois qui suivent la première épreuve.

Les conditions de validation à l'issue de l'épreuve de rattrapage sont identiques à celles des premières épreuves.

En cas d'échec à l'issue des épreuves de rattrapage :

- l'obtention des unités de formation non validées est subordonnée au suivi des enseignements de chacune d'elles et à la validation des épreuves de contrôle des connaissances ;

- le candidat peut tenter à deux reprises maximum et dans un délai maximum de trois ans la validation des unités de formation non validées. Au-delà de ces conditions, l'étudiant doit repasser l'ensemble des unités de formation de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et biologie humaine »

Article 5

« Les personnes titulaires d'un diplôme, titre, certificat ou autorisation d'exercer la profession de médecin ou de masseur-kinésithérapeute sont dispensées de l'ensemble de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et biologie humaine définie à l'article 2.

Les personnes titulaires d'un diplôme, titre, certificat ou autorisation d'exercer la profession de sage-femme ou d'infirmier sont dispensées des unités de formation 1, 2 et 6 de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine définie à l'article 2.

Les personnes titulaires d'un diplôme, titre, certificat ou autorisation d'exercer une autre profession de santé inscrites au livre Ier ou au titre Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique sont dispensés de l'unité de formation 2 de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine définie à l'article 2. »

Article 6

« Les établissements demandeurs de l'agrément mentionné au chapitre 3 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 susvisé, déposent leur dossier auprès de l'agence régionale de santé de la région où siège l'établissement ».

Article 7

« Les demandeurs de l'agrément adressent, par voie postale, avec demande d'avis de réception à l'agence régionale de santé de la région compétente, outre la fiche de dépôt de la demande d'agrément annexée au présent arrêté, un dossier en double exemplaire comportant les pièces suivantes :

- 1° Le curriculum vitae et l'extrait du casier judiciaire (bulletin n° 2) de la personne morale responsable de l'établissement ;
- 2° Les statuts de l'établissement de formation et sa capacité d'accueil actuelle ;
- 3° La description de l'ensemble des formations délivrées dans l'établissement concerné ;
- 4° Les preuves du respect des formalités et règles définies aux articles L. 731-1 à L. 731-17 du code de l'éducation ;
- 5° Les publicités et documents d'information (papiers, site internet,...) du public et des candidats sur la formation dispensée ;
- 6° La description des locaux et des matériels pédagogiques ;
- 7° L'avis de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité relative à l'établissement concerné et aux locaux destinés à la formation en ostéopathie ;
- 8° La description de la formation délivrée en ostéopathie :
pré-requis pour l'entrée en formation, modes de sélection, référentiel de formation (nombre d'heures, répartition des matières enseignées...) ;
- 9° Le projet pédagogique, les lieux de stage et tout élément concernant le tutorat des stages ;
- 10° La qualification de l'équipe pédagogique ;
- 11° La preuve de l'engagement dans une démarche d'évaluation de la qualité de l'enseignement ;
- 12° Le coût annuel de la formation, sa décomposition et les justificatifs ».

Article 8

« Une fois complets, l'agence régionale de santé de la région transmet les dossiers de demande d'agrément au secrétariat de la Commission nationale d'agrément prévue à l'article 6 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 susvisé.

Le ministre chargé de la santé notifie au demandeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sa décision motivée après avis de la commission précitée et dresse la liste des établissements agréés.

Cette liste distingue :

- 1° Les établissements réservés aux professionnels de santé inscrits au livre Ier et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ;
- 2° Les établissements ouverts aux non-titulaires d'un diplôme, certificats, titre ou autorisation leur permettant l'exercice d'une des professions de santé mentionnées au livre Ier et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ».

Article 9

« Les personnes visées à l'article 16 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 susvisé adressent, par voie postale, avec demande d'avis de réception, au directeur général de l'agence régionale de santé ou au représentant de l'Etat à Mayotte un dossier en double exemplaire comportant les pièces suivantes :

- 1° Les éléments d'identification complète du candidat (nom, prénom, coordonnées, copie d'une pièce d'identité) ;
- 2° Une lettre de demande d'user du titre professionnel d'ostéopathe ;
- 3° Une attestation sur l'honneur qu'ils ont suivi toute la formation minimale prévue à l'article 1er du présent arrêté ;
- 4° Tous les justificatifs prouvant qu'ils ont effectivement suivi cette formation conforme aux dispositions dudit article et le programme détaillé de la formation suivie ;
- 5° Le certificat ou titre délivré par l'établissement de formation attestant des connaissances acquises ;
- 6° La description détaillée de leur activité d'ostéopathe (date de début, type d'actes réalisés...) et tout document justifiant de leur expérience d'ostéopathe. »

Article 10

« Le directeur général de la santé et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française ».

Article ANNEXE

« Liste des pièces à joindre à la demande d'agrément

Lettre de demande d'agrément signée de la personne morale responsable de l'établissement indiquant la capacité d'accueil demandée.

Curriculum vitae et extrait casier judiciaire (bulletin n° 2) de la personne morale responsable de l'établissement.

Statuts de l'établissement de formation, capacité d'accueil actuelle, description des locaux et des matériels pédagogiques.

Description de l'ensemble des formations délivrées dans l'établissement concerné.

Preuves, le cas échéant, du respect des dispositions aux formalités et règles définies aux articles L. 731-1 à L. 731-17 du code de l'éducation.

Avis de la commission départementale de sécurité et d'accessibilité.

Documents publicitaires et d'information (papiers, site internet...) du public et des candidats potentiels sur la formation dispensée.

Description de la formation délivrée en ostéopathie avec évolutions le cas échéant.

Projet pédagogique, lieux de stage.

Qualification de l'équipe pédagogique.

Preuve de l'engagement dans une démarche d'évaluation de la qualité de l'enseignement.

Coût annuel de la formation, décomposition et justificatifs.

Signature de la personne morale responsable de l'établissement, date et cachet.

La demande d'agrément doit être adressée à l'agence régionale de santé de la région où siège l'établissement ou à l'agence régionale de santé de l'océan Indien si l'établissement a son siège à Mayotte »

2) Références bibliographiques

1.1) Référentiel MK

1.1.1) Bases de données

Bases de données en sciences de la santé contenant des articles en kinésithérapie

- CINAHL Plus
- Medline
- SPORTDiscus
- Embase
- Cochrane Library
- REHABDATA
- Cirrie database
- Ergonomics Abstracts
- Pascal-Inist CNRS

Bases de données de disciplines complémentaires contenant des articles en kinésithérapie

- PsycINFO
- Ageline
- ERIC (via Ebsco)

Bases de données multidisciplinaires contenant des articles en kinésithérapie

- Web of Science
- Current Contents Connect
- Academic Search Premier (EBSCO)

1.1.2) Encyclopédies

- The encyclopedia of the muscle and skeletal systems and disorders
- Encyclopédie médico-chirurgicale. Kinésithérapie, médecine physique, réadaptation

1.1.3) Principales revues internationales (langue anglaise) dans le domaine de la kinésithérapie

- Advances in Physiotherapy
- Age
- Age and Ageing
- American Journal of Geriatrics Society
- American Journal of physical medicine & rehabilitation
- Annals of physical and rehabilitation medicine
- Archives of Physical Medicine and Rehabilitation
- Arthritis
- BMC Musculoskeletal Disorders
- Brain
- Brain Research
- Brain research Bulletin
- British Journal of Sports Medicine
- Clinical rehabilitation
- Developmental Neurorehabilitation
- European journal of physical and rehabilitation medicine
- European Journal Rheumatology and Inflammation
- European Spine Journal
- Gait & Posture
- International Journal of Mechanical Diagnosis and Therapy
- International Journal of Physical Therapy
- International Journal of Rehabilitation and Health
- International Journal of Therapy and Rehabilitation
- Joint Bone Spine
- Journal of Back Musculoskeletal Rehabilitation
- Journal of Geriatric Physical Therapy
- Journal of Hand Therapy
- Journal of Manual and Manipulative Therapy
- Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation
- Journal of Neurologic Physical Therapy
- Journal of Orthopaedic and Sports Physiotherapy
- Journal of Physical Therapy Education

- Journal of Physical Therapy Science
- Journal of Physiotherapy (ex : Australian Journal of Physiotherapy)
- Journal of Rehabilitation Medicine (ex : Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine)
- Journal of Rehabilitation Research and development
- Journal of sports science and medicine
- Journal of the Canadian Chiropractic Association
- Journal of the Japanese Physical Therapy Association
- Manual Therapy
- Neuroscience Letters
- New Zealand Journal of Physiotherapy
- Pediatric Physical therapy
- Physical Therapy
- Physical Therapy in Sport
- Physical Therapy Reviews
- Physiotherapy (Canada)
- Physiotherapy (UK)
- Physiotherapy Research International
- Physiotherapy Theory and Practice
- Scoliosis
- Spine
- The Journal of Joint and Bones Surgery
- The physician and sportmedicine

1.1.4) Revues Françaises professionnelles

- Kinésithérapie La revue
- Kinésithérapie scientifique

1.1.5) Références bibliographiques (francophones)

- [Masso-kinésithérapie] et thérapie manuelle pratiques T2 Applications régionales. Membre supérieur. Tête et tronc supérieur

Auteur : Michel DUFOUR | Stéphane BARSI | Patrick COLNÉ |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 04/2012

- [masso-kinésithérapie] et thérapie manuelle pratiques T3 Applications régionales - Tronc - Membre inférieur

Auteur : Michel DUFOUR | Patrick COLNÉ | Stéphane BARSI |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 03/2012

Anatomie de l'appareil locomoteur Tome 2 Membre supérieur

Auteur : Michel DUFOUR |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 09/2009 (2ème édition)

- Anatomie de l'appareil locomoteur Tome 3 Tête et tronc

Auteur : Michel DUFOUR |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 09/2009 (2ème édition)

Anatomie de l'appareil locomoteur Tome 1 Membre inférieur

Auteur : Michel DUFOUR |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 08/2009 (2ème édition)

- Kinésithérapie 4 Tronc et tête Bilans techniques passives et actives

Auteur : Henri NEIGER | Gérard PIERRON | Michel DUFOUR | Gilles PENINOU | Claude GÉNOT | Alain LEROY |

Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES

- Biomécanique fonctionnelle Membres-Tête-Tronc

Auteur : Michel DUFOUR | Michel PILLU | Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 04/2007

- [masso-kinésithérapie] et thérapie manuelle pratiques Tome 1
Bases fondamentales, applications et techniques

Auteur : M. DUFOUR | P. COLNÉ | S. BARSÍ | Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 11/2009

- Le guide de l'évaluation à l'intention du masseur-kinésithérapeute

Auteur : Franck GATTO | Jean RAVESTEIN | Sophie CROUZET-VINCENT | Eric PASTOR

Editeur : SAURAMPS Année : 11/2011

- Le mémoire Auteur : Franck GATTO | Jean RAVESTEIN |
Editeur : SAURAMPS Collection : Penser, écrire, soutenir, réussir Année : 04/2008

- Éducation du patient en kinésithérapie Auteur : F.GATTO | A.GARNIER | E.VIEL |
Editeur : SAURAMPS Année : 02/2007

- Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation Auteur : M. DUFOUR | M. GEDDA |
Editeur : MALOINE Année : 02/2007

- Bien rédiger le bilan-diagnostic kinésithérapique Auteur : Éric VIEL | Editeur :
ELSEVIER / MASSON Année : 11/2006

- Comprendre la kinésithérapie respiratoire Du diagnostic au projet thérapeutique

Auteur : M. ANTONELLO | D. DELPLANQUE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Le point en rééducation
Année : 10/2009 (3ème édition)

- Comprendre la kinésithérapie en rhumatologie

Auteur : P.GOUILLY | B.PETITDANT |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Le point en rééducation
Année : 03/2008

- De la biomécanique à la biologie mécanogène : Du concept Sohier à la kinésithérapie analytique

Raymond SOHIER |
Editeur : KINE SCIENCES
Année : 01/2012

- De la cybernétique qui gère la Machine Humaine à la Kinésithérapie Analytique de la Gonarthrose

Auteur : Raymond SOHIER |
Editeur : KINE SCIENCES
Année : 09/2001

- La kinésithérapie Analytique de la lombalgie Soignez votre dos par la kinésithérapie Analytique de Raymond Sohier

Auteur : Raymond SOHIER |
Editeur : KINE SCIENCES
Année : 11/1999

- Kinésithérapie de l'épaule Ses bases - Ses techniques - Ses traitements différentiels

Auteur : Raymond SOHIER |
Editeur : KINE SCIENCES
Année : 01/1985

- Kinésithérapie analytique de la colonne vertébrale Tome 2 Les segments lombaire et dorsal

Auteur : Raymond SOHIER |
Editeur : KINE SCIENCES
Année : 01/1970

- Kinésithérapie analytique de la colonne vertébrale Tome 1

Auteur : Raymond SOHIER |
Editeur : KINE SCIENCES
Année : 01/1970

- Mémo fiches anatomie Netter Tête et cou

Auteur : John.T.HANSEN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Mémo fiches Anatomie
Année : 07/2011 (3ème édition)

- Anatomie & pathologie

Auteur : Anatomical Chart Company |
Editeur : PRADEL
Année : 05/2012

- Atlas d'anatomie Morphologie - Fonction - Clinique

Auteur : Pierre KAMINA |
Editeur : MALOINE
Année : 07/2012

- Anatomie tête et cou

Auteur : Guillaume CAPTIER | Marc LABROUSSE | Frédéric LAUWERS | Raphaël LOPEZ
| Olivier PALOMBI | Johann PELTIER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON

- Collection : Pass'santé Cours + QCM

Année : 02/2012

Neuroanatomie centrale Aide-mémoire d'anatomie descriptive humaine - LMD

Auteur : Jean-Marie LE MINOR | Franck BILLMAN |

Editeur : ELLIPSES

Année : 01/2012

- Manuel d'anatomie UE5 Anatomie générale - Programme de PACES

Auteur : Sophie DUPONT | Philippe SÈBE | Charles BOISTIER |

Editeur : ELLIPSES

Collection : PACES

Année : 09/2011

- Anatomie et physiologie humaines Adaptation de la 8e édition américaine

Auteur : Elaine N.MARIEB | Katja HOEHN |

Editeur : ERPI

Année : 09/2011 (4ème édition)

- Ross et Wilson Anatomie et physiologie normales et pathologiques

Auteur : Anne WAUGH | Allison GRANT |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 08/2011 (2ème édition)

- Anatomie Le Tronc

Auteur : Jean-Marc CHEVALLIER | Elisabeth VITTE |

Editeur : MÉDECINE SCIENCES PUBLICATIONS / LAVOISIER

Année : 08/2011 (2ème édition)

- Atlas d'anatomie humaine de Netter

Auteur : Frank H.NETTER |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 07/2011 (5ème édition)

- Mémofiches anatomie Netter - Membres

Auteur : John T.HANSEN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 07/2011 (3ème édition)

- Mémofiches anatomie Netter - Tronc

Auteur : John T.HANSEN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 07/2011 (2ème édition)

- Carnet d'anatomie 3Thorax, abdomen, pelvis

Auteur : P.KAMINA |
Editeur : MALOINE
Année : 02/2011 (2ème édition)

- Atlas d'anatomie humaine A.D.A.M.PAES

Auteur : Todd R. OLSON | Wojciech PAWLINA |
Editeur : PRADEL
Année : 11/2010 (2ème édition)

- Anatomie du corps humain Atlas d'imagerie

Auteur : Jamie WEIR | Peter H ABRAHAMMS | Jonathan D SPRATT | Lonie R SALKOWSKI
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 10/2010 (4ème édition)
Carnet d'anatomie 2Tête, cou, dos
Auteur : P.KAMINA |
Editeur : MALOINE
Année : 05/2010 (2ème édition)

- Atlas d'anatomie humaine Tome 1Tête, cou, membre supérieur

Auteur : SOBOTTA | coordonné par R. PUTZ | R. PABST |
Editeur : EM INTER / LAVOISIER
Année : 03/2010 (5ème édition)

- Atlas d'anatomie humaine Tome 2Tronc, viscères, membre inférieur

Auteur : SOBOTTA | coordonné par R. PUTZ | R. PABST |
Editeur : EM INTER / LAVOISIER
Année : 03/2010 (5ème édition)

- Atlas et planches d'anatomie

Auteur : Georges WILLEM |
Editeur : FRISON-ROCHE
Année : 02/2011

- Montages, Suspensions et Circuits en Kinésithérapie

Auteur : D. MORIAU |
Editeur : MALOINE

- 38ème congrès de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) Le point sur la circulation - Médecins, Infirmiers, Kinésithérapeutes

Auteur : SRLF |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 01/2010

- La naissance de la kinésithérapie De 1847 à 1914

Auteur : Jacques MONET |
Editeur : GLYPHE
Collection : Société, histoire et médecine
Année : 12/2009

- Kinésithérapie respiratoire

Auteur : Gregory REYCHLER | Jean ROESELER | Pierre DELGUSTE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 11/2008 (2ème édition)

- Kinésithérapie 4 Tronc et tête Bilans techniques passives et actives

Auteur : Henri NEIGER | Gérard PIERRON | Michel DUFOUR | Gilles PENINOU | Claude GÉNOT | Alain LEROY |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Année : 10/2008

- Les scolioses Les traitements kinésithérapique et orthopédique

Auteur : Philippe SOUCHARD | Marc OLLIER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Le point en rééducation 13
Année : 01/2008

- Kinésithérapie respiratoire de l'enfant Techniques de soins guidées par l'auscultation pulmonaire

Auteur : POSTIAUX |
Editeur : DE BOECK
Année : 06/2003 (3ème édition)

- Décision kinésithérapique Identité, démarche, chaînes logiques

Auteur : Michel GEDDA |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 12/2001

- Concept Sohier : Justification fondamentale de la réharmonisation biomécanique des lésions dites 'ostéopathiques'

Auteur : Raymond SOHIER | Dr Jean SOHIER |
Editeur : KINE SCIENCES
Année : 09/2000

- La scoliose idiopathique Apport de la kinésithérapie associée au traitement orthopédique

Auteur : JC.VANDERHAEGEN |
Editeur : FRISON-ROCHE
Collection : Précis pratiques de rééducation
Année : 03/2000

- Kinésithérapie en orthopédie et traumatologie

Auteur : HAARER | R.BECKER | D.SCHOER |
Editeur : VIGOT MALOINE
Collection : Checklists
Année : 00/2000

- Biologie mécanique Cinq cents notions fondamentales de biomécanique humaine

Auteur : Raymond SOHIER |
Editeur : KINÉ SCIENCES
Année : 01/1998

- La dynamique du vivant Tome IV Du rachis et des sacro-iliaques

Auteur : Raymond SOHIER |

Editeur : KINE SCIENCES
Année : 01/1995

- Examens analytiques et techniques de recentrages de la hanche

Auteur : Raymond SOHIER |
Editeur : KINE SCIENCES
Année : 05/1989

- 2 marches pour la machine humaine ; Celle ' qui vient d'en haut' et celle 'qui vient d'en bas'

Auteur : Raymond SOHIER | Michel HAYE |
Editeur : KINE SCIENCES
Année : 01/1989

- Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant Éducation thérapeutique

Auteur : M.LE MÉTAYER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON

- Collection : Kinésithérapie pédiatrique 3

Année : 02/2009 (2ème édition)
2012
Auteur : Collectif |
Editeur : PRADEL

- Collection : Cas cliniques pour l'ECN

Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation
Auteur : François BÉTHOUX | Paul CALMELS |
Editeur : FRISON-ROCHE
Année : 12/2011 (2ème édition)

- Sémiologie des handicaps en médecine physique et de réadaptation- Pratiques sémiotiques dans le champ médical dédié aux soins des personnes handicapées en milieu sanitaire

Auteur : Jean-Michel WIROTIUS |
Editeur : LAMBERT-LUCAS
Année : 01/2011

- Accident vasculaire cérébral et médecine physique et de réadaptation: actualités en 2010

Auteur : Frédérique LE BRETON | Béatrice DAVENNE |
Editeur : SPRINGER
Année : 04/2010

- Rayonnements ionisants Des principes physiques à la médecine nucléaire.

Auteur : J.BONIN | R.ATLANI |
Editeur : ATLANI
Collection : Cahiers du PCEM
Année : 10/2007

- Dermatologie - Médecine physique et de réadaptation - Orthopédie 48 cas cliniques transversaux avec iconographie, grille de notation, commentaires.

Auteur : Denis JULLIEN | Gilles RODE | Jacques LUAUTÉ | Philippe NEYRET | Sébastien LUSTIG | Alban PINAROLI |
Editeur : PRADEL
Collection : Cas cliniques transversaux pour l'ECN
Année : 07/2007

- Douleur et soins en médecine physique et de réadaptation

Auteur : Sous la direction de J.PELISSIER et E.VIEL |
Editeur : SAURAMPS
Année : 03/2006

- Coagulation, thrombose et médecine physique

Auteur : Sous la direction de P.CODINE | N.KOTZKI | J.PÉLISSIER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Problèmes en Médecine de Rééducation
Année : 03/2005

- Réparation du dommage corporel et médecine physique et de réadaptation

Auteur : Sous la direction de J.PELISSIER | E.BACCINO |
Editeur : SAURAMPS
Année : 02/2005

- Handicap, médecine physique et réadaptation, guide pratique 1 CD-ROM

Auteur : G.RODE | P.VOLCKMANN |
Editeur : XAVIER MONTAUBAN
Année : 10/2003

- Guide pratique de médecine physique et réadaptation

Auteur : André THEVENON | Anne BLANCHARD |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Mediguides
Année : 03/2003

- Infections nosocomiales et médecine physique et de réadaptation

Auteur : F PELLAS |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Problèmes en Médecine de Rééducation
Année : 04/2002

- Diabète et médecine physique

Auteur : Sous la direction de N.KOTZKI | A.BRUNON |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Problèmes en Médecine de Rééducation
Année : 00/2001

- Douleur et médecine physique et de réadaptation

Auteur : Sous la direction de J.PÉLISSIER | E.VIEL |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Problèmes en Médecine de Rééducation
Année : 00/2000

- Éthique et responsabilité en médecine

Auteur : Lazare BENAROYO |
Editeur : MÉDECINE ET HYGIÈNE
Collection : Médecine et société
Année : 05/2006

- Statistique en médecine et en biologie, Exercices corrigés et commentés

Auteur : D SCHWARTZ | J BOUYER |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Statistique en biologie et en médecine
Année : 00/1999

- Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes

Auteur : D SCHWARTZ |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Statistique en biologie et en médecine
Année : 05/1996 (4ème édition)

- Neuro-orthopédie des membres du blessé médullaire adulte

Auteur : Charles FATTAL | Brigitte PERROUIN-VERBE | Thierry ALBERT |
Editeur : SAURAMPS
Collection : Acquisitions en médecine physique et de réadaptation
Année : 03/2012

- Imagerie mentale -Thérapie en miroir Applications en rééducation

Auteur : P. CODINE | L. LAFFONT | J. FROGER |
Editeur : SAURAMPS
Collection : Acquisitions en médecine physique et de réadaptation
Année : 03/2012

- Médecine du sport et thérapies manuelles Le membre supérieur

Auteur : Sous la direction D. BONNEAU | P. VAUTRAVERS | C. HÉRISSON |
Editeur : SAURAMPS

- La proprioception

Auteur : M. JULIA | Daniel HIRT | Stéphane PERREY | Stéphane BARSIS | Arnaud DUPEYRON |
Editeur : SAURAMPS
Collection : Acquisitions en médecine physique et de réadaptation
Année : 03/2012

- Petite histoire illustrée de la médecine à l'usage des cancrés et des âmes sensibles

Auteur : Robert ASKENASI |
Editeur : E.M.E
Collection : Médecine au quotidien
Année : 01/2012

- Saint Simon et la médecine

Auteur : Jacques-André ULMANN |
Editeur : GLYPHE
Collection : Société, histoire et médecine
Année : 12/2011

- Philosophie de la médecine Tome 1 : frontière, savoir, clinique

Auteur : Sous la direction de Marie GAILLE |
Editeur : VRIN
Collection : Textes clés de philosophie de la médecine

Année : 10/2011

- Médecine, santé et sciences humaines Manuel

Auteur : Sous la direction de Jean-Marc MOUILLIE | Céline LEFÈVE | Laurent VISIER |

Editeur : BELLES LETTRES

Collection : Médecine et sciences humaines

Année : 08/2011

- L'Ordre des médecins Sa genèse, ses dispositions déontologiques

Auteur : Jean POUILLARD |

Editeur : GLYPHE

Collection : Société, histoire et médecine

- Santé publique Lecture critique d'articles - Médecine du travail - Médecine légale

Auteur : Anne JOLIVET | Laurent LE |

Editeur : VERNAZOBRES

Collection : Médecine internat KB

Année : 12/2010 (2ème édition)

- La médecine réfléchi au miroir des sciences

Auteur : Catherine DRAPERI |

Editeur : ELLIPSES

Collection : Sciences humaines en médecine

Année : 09/2010

- Santé Société Humanité Manuel de sciences humaines en médecine UE7

Auteur : Sous la direction de Gilles FREYER | Gérard CARRET | Christian BOISSIER |

Patrice QUENEAU |

Editeur : ELLIPSES

Collection : Sciences humaines en médecine

Année : 07/2010

- La relation humaine en médecine

Auteur : Bernard HOERNI | Michel BÉNÉZECH |

Editeur : GLYPHE

Collection : Société, histoire et médecine

Année : 02/2010

- Du symptôme à la prescription en médecine générale Symptômes - Diagnostic - Thérapeutique

Auteur : Olivier BLÉTRY | Nicolas GIRSZYN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Pour une médecine globale
Année : 07/2009

- Sciences humaines et sociales en médecine et pharmacie

Auteur : Gilles FREYER |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Sciences humaines en médecine
Année : 07/2009 (2ème édition)

- Module 8 - Médecine interne Réaction inflammatoire - Immunopathologie

Auteur : P.ROULLAND | L.SANNOI | M.BORLE | P.ALEXELINE |
Editeur : VERNAZOBRES
Collection : Médecine Internat KB
Année : 06/2009

- ABCDaire des sciences humaines en médecine

Auteur : Coordination : Philippe BAGROS | Anne-Laurence LE FAOU | Maël LEMOINE |
Hugues ROUSSET | Bertrand DE TOFFOL | Benoît PAIN | Marie CAULI | Anne-Marie
BÉGUÉ-SIMON |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Sciences humaines en médecine
Année : 06/2009 (2ème édition)

- Épaule neurologique et médecine de rééducation

Auteur : Sous la direction de A.BRUNON-MARTINEZ | P.CODINE | C.HÉRISSON |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Pathologie locomotrice et médecine orthopédique
Année : 03/2009

- Manuel de sciences humaines en médecine

Auteur : Coordonné par Bertrand DE TOFFOL | Maël LEMOINE | Philippe BAGROS |
Claude BENSÂÏAH | Philippe BERTRAND | Vincent CAMUS | Emmanuel RUSCH |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Sciences humaines en médecine

- Les mots des derniers soins : La démarche palliative dans la médecine contemporaine

Auteur : Jean-Christophe MINO | Emmanuel FOURNIER |

Editeur : BELLES LETTRES
Collection : Médecine et sciences humaines
Année : 05/2008

- Sciences humaines en médecine : questions d'aujourd'hui

Auteur : Marie CAULI |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Sciences humaines en médecine
Année : 07/2007

- Instabilité de l'épaule et médecine de rééducation

Auteur : Sous la direction de P.CODINE | C.HÉRISSON |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Pathologie locomotrice et médecine orthopédique
Année : 03/2007

- Ceinture pelvienne sacro-iliaque et thérapies manuelles : Rencontres en médecine manuelle et ostéopathie

Auteur : Sous la direction de C.HÉRISSON | P.VAUTRAVERS |
Editeur : SAURAMPS
Collection : Rencontres en médecine manuelle et ostéopathie
Année : 03/2007

- Cancer du sein traité et médecine de rééducation

Auteur : Sous la direction de S.PETIOT |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Problèmes en Médecine de Rééducation
Année : 03/2007

- Médecine fondée sur les faits : Evidence-Based Medicine

Auteur : Sharon E.STRAUS | W.Scott RICHARDSON | Paul GLASZIOU | R.BRIAN HAYNES |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Médecine en poche

- Arthrose de l'épaule, prothèse et médecine de rééducation

Auteur : Sous la direction de P.CODINE et C.HÉRISSON |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Pathologie locomotrice et médecine orthopédique

Année : 03/2006

- Médecine et addictions : Peut-on intervenir de façon précoce et efficace?

Auteur : Michel REYNAUD | Daniel BAILLY | Jean-Luc VENISSE |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Collection : Médecine et psychothérapie

Année : 04/2005

- Os, activité physique et ostéoporose

Auteur : Sous la direction de C.HÉRISSON | P.FARDELLONE |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Collection : Pathologie locomotrice et médecine orthopédique

Année : 03/2005

- Progrès en médecine et chirurgie du pied

Auteur : Sous la direction de C.HÉRISSON | P.ABOUKRAT et JE.CLAUSTRE |

Editeur : SAURAMPS

Collection : Mises au point et actualités en podologie, médecine et chirurgie du pied

Année : 10/2004

- La Médecine et la question du sujet : Enjeux éthiques et économiques

Auteur : Frédéric DUBAS |

Editeur : BELLES LETTRES

Collection : Médecine et sciences humaines

Année : 10/2004

- Penser la médecine : Essais philosophiques

Auteur : Robert ZITTOUN | Bernard-Marie DUPONT |

Editeur : ELLIPSES

Collection : Sciences Humaines en Médecine

Année : 05/2004

- Lutter contre le dopage en gérant la récupération physique

Auteur : Jean-claude CHATARD |

Editeur : PRESSES UNIVERSITAIRES DE SAINT-ÉTIENNE

Collection : Biologie et médecine du sport

Année : 03/2004

- D'une médecine à l'autre de l'artisanat à la haute technologie

Auteur : Jean ROSA |
Editeur : ODILE JACOB
Collection : Médecine
Année : 10/2003

- Montesquieu : Médecine et sciences au service des lois

Auteur : Laurent CHIQUET |
Editeur : GLYPHE
Collection : Histoire, médecine et société
Année : 05/2003

- Artériopathies des membres : Monographies de médecine vasculaire

Auteur : Henri BOCCALON | Philippe LACROIX |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Monographies de médecine vasculaire.
Année : 11/2001

- Introduction aux sciences humaines en médecine

Auteur : Philippe BAGROS | Bertrand DE TOFFOL |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Sciences humaines en médecine
Année : 01/2001

- Image, philosophie et médecine le corps en regards

Auteur : Corinne PIETERS | Bernard-Marie DUPONT |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Sciences humaines en médecine
Année : 04/2000

- Initiation à une nouvelle histoire de la médecine

Auteur : Jean-Pierre GOUBERT |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Sciences humaines en médecine
Année : 03/1998

- Histoire de la médecine : Introduction à l'épistémologie

Auteur : Claude CHASTEL | Arnaud CÉNAC |
Editeur : ELLIPSES

Collection : Sciences humaines en médecine
Année : 01/1998

- Repères et situations éthiques en médecine

Auteur : Francis GOLD | Patrick CHOUTET | Emmanuelle BURFIN |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Sciences humaines en médecine
Année : 08/1996

- Essais cliniques Théorie, pratique et critique.

Auteur : Gilles BOUVENOT | Muriel VRAY |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Statistique en biologie et en médecine
Année : 12/2009 (4ème édition)

- Médecine de l'obésité

Auteur : Arnaud BASDEVANT | Bernard GUY-GRAND |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Traités

- Médecine de la douleur et médecine palliative

Auteur : Francis BONNET | Sylvie ROSTAING-RIGATTIERI |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Le livre de l'interne
Année : 09/2009

- Traumatologie de l'appareil moteur Stratégie pour le médecin de premier recours.

Auteur : Henri DURUZ | Daniel FRITSCHY |
Editeur : MÉDECINE ET HYGIÈNE
Année : 02/2009

- Annales corrigées de statistique appliquée à la recherche clinique

Auteur : A LAPLANCHE | C COM-NOUGUÉ |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Statistique en biologie et en médecine
Année : 08/2008

- Dictionnaire de médecine Flammarion

Auteur : Serge KERNBAUM |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Année : 04/2008 (8ème édition)

- Médecine d'urgence

Auteur : Hans-Anton ADAMS | Andreas FLEMMING | Lars FRIDRICH | Heiner
RUSCHULTE |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Atlas de poche
Année : 12/2007

- Traité de médecine cardiovasculaire du sujet âgé

Auteur : Patrick ASSAYAG | Jean-Marc DAVY | Patrick FRIOCOURT | Jacques PUEL | Joël
BELMIN | Jean-Noël FIESSINGER | Guillaume JONDEAU | Christophe TRIVALLE |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Traité
Année : 11/2007

- Exercices programmés de statistique à l'usage des médecins et des biologistes

Auteur : Alain-Jacques VALLERON | Philippe LAZAR |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Année : 10/2001 (3ème édition)

- Méthodes statistiques appliquées à la recherche clinique

Auteur : A LAPLANCHE | C COM-NOUGUÉ | R FLAMANT |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Statistique en Biologie et en Médecine
Année : 03/2001

- Épidémiologie, méthodes et pratique

Auteur : Claude RUMEAU-ROUQUETTE | Béatrice BLONDEL | Monique KAMINSKI |
Gérard BRÉART |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Statistique en biologie et en médecine
Année : 04/1999

- Epidémiologie - Statistiques

Dans : Sciences médicales > Médecine > Spécialités médicales > Sciences
fondamentales > Epidémiologie - Statistiques >
Pathologie cardiaque et vasculaire

Auteur : JP BOURDARIAS | P CACOUB | P BIERLING |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Traité de médecine

- Analyse statistique des données de survie

Auteur : Catherine HILL | Catherine COM-NOUGUÉ | Andrew KRAMAR | Claude CHASTANG | Thierry MOREAU | John O'QUIGLEY | Rachid SENOUSI |
Editeur : FLAMMARION MÉDECINE SCIENCES
Collection : Statistique en biologie et en médecine
Année : 00/1996

- Pathologie générale

Date prévue par l'éditeur : début Septembre
Auteur : Collège universitaire français des pathologistes |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Les cours de L2-L3 Médecine
Année : 09/2012 (2ème édition)

- Les troubles du comportement alimentaire

Auteur : Claire LAMAS | Isabelle NICOLAS | Rebecca SHANKLAND | Julien-Daniel GUELFY |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Médecine et psychothérapie

- Santé Société Humanité : Manuel de sciences humaines en PACES UE7

Date prévue par l'éditeur : fin Septembre
Auteur : Sous la direction de Gilles FREYER | Gérard CARRET | Christian BOISSIER | Patrice QUENEAU |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Sciences humaines en médecine
Année : 09/2012 (2ème édition)

- Handicap Douleur Modules 4 et 6 2012 - 2013

Auteur : H.LETICH | P. ALEXELINE | M.HECKER |
Editeur : VERNAZOBRES
Collection : Médecine internat KB
Année : 08/2012

- Médecine interne : Physiopathologie, diagnostic, thérapeutique.

Auteur : Gerd HEROLD |

Editeur : DE BOECK
Année : 07/2012 (4ème édition)

- La sclérose en plaques pour le médecin généraliste

Auteur : Alain CRÉANGE |
Editeur : LAVOISIER
Année : 07/2012

- Dictionnaire illustré des termes de médecine

Auteur : GARNIER | DELAMARE |
Editeur : MALOINE
Année : 06/2012 (31ème édition)

- Le développement de l'enfant

Auteur : Alain BROCA (DE) |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 10/2012 (5ème édition)

- Douleurs Soins palliatifs Deuils : Réussir les épreuves classantes nationales. Item 65 à 70 + cas cliniques commentés.

Auteur : A.DE BROCA |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés modules transversaux 6
Année : 08/2012 (4ème édition)

- Sécurité sociale

Auteur : Liliane DALIGAND | Jacqueline CARDONA | Joël DELHOMME | Dominique FASQUEL |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 08/2012 (6ème édition)

- Nutrition de la personne âgée : Aspects fondamentaux clinique et psycho-sociaux

Auteur : Monique FERRY | Danièle MISCHLICH | Emmanuel ALIX | Patrice BROCKER | Thierry CONSTANS | Bruno LESOURD | Pierre PFITZENMEYER | Bruno VELLAS |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 06/2012 (4ème édition)

- Médecine interne

Auteur : Bernard DEVULDER | Pierre-Yves HATRON | Éric HACHULLA |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 03/2012

- Podologie

Auteur : Alain GOLDCHER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 02/2012 (6ème édition)

- Neurologie

Auteur : Jean CAMBIER | Maurice MASSON | Catherine MASSON | Henri DEHEN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 01/2012 (13ème édition)

- Psychologie pathologique : Théorique et clinique

Auteur : Jean BERGERET | Ary BECACHE | Jules-Jean BOULANGER | Jean-Paul
CHARTIER | Pierre DUBOR | Marcel HOUSER | Jean-Jacques LUSTIN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 01/2012 (11ème édition)

- Rééducation de l'appareil locomoteur Tome 2 : Membre supérieur

Auteur : Aude QUESNOT | Jean-Claude CHANUSSOT | Raymond-Gilbert DANOWSKI |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 11/2011 (2ème édition)

- Nutrition

Auteur : Collèges des Enseignants de Nutrition |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 10/2011

- Abrégé d'anesthésie et de réanimation

Auteur : Johanne GUAY | René MARTIN | Benoît PLAUD |

Editeur : PRESSES UNIVERSITAIRES DE MONTRÉAL
Année : 10/2011

- Pédiatrie

Auteur : Antoine BOURRILLON | Grégoire BENOIST |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 09/2011 (5ème édition)

- Rhumatologie

Auteur : COFER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 09/2011 (4ème édition)

- ORL

Auteur : COLLÈGE FRANÇAIS D'ORL ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 09/2011 (2ème édition)

- Hématologie

Auteur : SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 09/2011 (3ème édition)

- L'hypertension artérielle : pratique clinique

Auteur : Abdelhamid BENTOUNÈS | Michel SAFAR |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 09/2011

- Dermatologie

Auteur : Collège des enseignants en dermatologie de France |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 08/2011 (5ème édition)

- Contraception

Auteur : D. SERFATY |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 04/2011 (4ème édition)

- Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques

Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 03/2011 (2ème édition)

- Sciences humaines et sociales Pour préparer UE 7

Auteur : S. BIMES-ARBUS | Y. LAZORTHE | D. ROUGÉ |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 01/2011

- Radiologie

Auteur : C.E.F.R |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 11/2010

- Inégalités socio-sanitaires en France : De la région au canton

Auteur : A.TRUGEON | D.FONTAINE | B.LÉMERY | F. MICHELOT - FNORS |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 11/2010 (2ème édition)

- Ophtalmologie

Auteur : Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF) |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 10/2010

- Vieillesse

Auteur : Collège national des enseignants de gériatrie avec collaboration du COFER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés modules transversaux 5
Année : 10/2010 (2ème édition)

- Rééducation de l'appareil locomoteur Tome 1 Membre inférieur

Auteur : A.QUESNOT | J-C.CHANUSSOT | R-G.DANOWSKI |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 10/2010 (2ème édition)

- Neuropsychologie

Auteur : Roger Gil |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 10/2010 (5ème édition)

- Cardiologie

Auteur : Collège National des Enseignants de Cardiologie |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 08/2010

- Addictologie : Alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne, jeu pathologique.

Auteur : M.LEJOYEUX |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 08/2010

- Éducation thérapeutique : Prévention et maladies chroniques

Auteur : D.SIMON | P-Y.TRAYNARD | F.BOURDILLON | R.GAGNAYRE |
A.GRIMALDI |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 05/2010 (2ème édition)

- Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé

Auteur : Sous la direction de Panteleimon GIANNAKOPOULOS | Michel GAILLARD |
Editeur : MÉDECINE ET HYGIÈNE
Année : 02/2010

- Nutrition : principes et conseils

Auteur : Laurent CHEVALLIER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON

Collection : Abrégés
Année : 10/2009 (3ème édition)

- Les maladies sexuellement transmissibles

Auteur : M. JANIER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 10/2009

- Neurologie

Auteur : COLLÈGE DES ENSEIGNANTS EN NEUROLOGIE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 09/2009 (2ème édition)

- Psychiatrie : De l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte

Auteur : I.GASMAN | JF.ALLILAIRE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 08/2009 (2ème édition)

- Handicap - Incapacité - Dépendance

Auteur : COFEMER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés modules transversaux 4
Année : 07/2009 (3ème édition)

- Diététique et nutrition

Auteur : M.APFELBAUM | M.ROMON | M.DUBUS |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 07/2009 (7ème édition)

- Médecine générale

Auteur : P-L.DRUAIS | B.GAY | M-F.LE GOAZIOU | M.BUDOWSKI | S.GILBERG |
CNGE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 06/2009 (2ème édition)

- Les Céphalées en 30 leçons

Auteur : G. GÉRAUD | N. FABRE | M. LANTÉRI-MINET | D. VALADE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 06/2009

- Le mal de dos Pour une prise en charge efficace

Auteur : Jean-Yves MAIGNE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 04/2009 (2ème édition)

- Les vertiges Diagnostic, thérapeutique, conseils, examens complémentaires.

Auteur : André CHAYS | Antoine FLORANT | Erik ULMER | Laurent SEIDERMANN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 03/2009 (2ème édition)

- Gériatrie préventive Éléments de prévention du vieillissement pathologique.

Auteur : Sous la direction de C. TRIVALLE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 01/2009 (2ème édition)

- Pédiatrie en maternité : Réanimation en salle de naissance

Auteur : F. GOLD | M-H. BLOND | C. LIONNET | I. DE MONTGOLFIER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 12/2008 (3ème édition)

- Hémorragies et thromboses Du diagnostic au traitement.

Auteur : M-M. SAMAMA |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 12/2008 (2ème édition)

- VIH et sida Prise en charge et suivi du patient

Auteur : C. KATLAMA | J. GHOSN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON

Collection : Abrégés
Année : 11/2008 (2ème édition)

- Initiation à la connaissance du médicament Pour préparer UE6 - L'essentiel du cours, exercices corrigés.

Auteur : J-M.AIACHE | E.BEYSSAC | J-M.CARDOT | V.HOFFART | R.RENOUX |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés Pharma 1 1
Année : 09/2008 (5ème édition)

- Anatomie générale

Auteur : Collectif |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés PCEM 1
Année : 08/2008

- Le pied diabétique

Auteur : Georges HA VAN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 08/2008

- Mesurer la subjectivité en santé : Perspective méthodologique et statistique

Auteur : Bruno FALISSARD |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 06/2008 (2ème édition)

- Cancérologie clinique

Auteur : N.DALY-SCHVEITZER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 03/2008 (3ème édition)

- Économie de la santé : L'essentiel de la discipline; problèmes corrigés.

Auteur : A BERESNIAK | G DURU |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 01/2008 (6ème édition)

- Dépression et anxiété Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge

Auteur : J.PALAZZOLO |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés

- Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie Médecine, biologie, recherche clinique et épidémiologie.

Auteur : B.FALISSARD |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 09/2007 (3ème édition)

- Abrégé de culture sanitaire et sociale

Auteur : Coordination : Philippe-Jean QUILLIEN | Anne-Laurence LE FAOU |
Editeur : ELLIPSES
Collection : Réussir Santé - Social
Année : 09/2007

- Phlébologie

Auteur : A-A RAMELET | M.PERRIN | P.KERN | H.BOUNAMEAUX |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 12/2006 (5ème édition)

- Psychiatrie de l'adulte

Auteur : T.LEMPERIÈRE | A.FÉLINE | J.ADES | P.HARDY | F.ROUILLON |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : ABRÉGÉS
Année : 11/2006 (2ème édition)

- Physiologie L'essentiel du cours en 8 parties et 165 QCM.

Auteur : J-L.ADER | F.CARRÉ | A-T.DINH-XUAN | M.DUCLOS | N.KUBIS | J.MERCIER |
F.MION | C.PRÉFAUT | S.ROMAN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés PCEM 1
Année : 07/2006 (2ème édition)

- Santé publique Le cours et des exercices corrigés.

Auteur : M.CAZABAN | J.DUFFOUR | P.FABBRO-PERAY |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 10/2005 (5ème édition)

- Radiodiagnostic Panorama de la discipline, cas cliniques et problèmes d'imagerie commentés.

Auteur : Sous la direction JM.TUBIANA |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 11/2004

- L'obésité de l'enfant

Auteur : J-M.BORYS | S.TREPOZ |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 09/2004

- Développement et examen psychomoteur de l'enfant

Auteur : Huguette BUCHER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 08/2004

- Médecine vasculaire

Auteur : B.DEVULDER |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 01/2004 (2ème édition)

- Pneumologie

Auteur : Sous la direction de B.HOUSSET |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 11/2003

- Ergonomie

Auteur : H.MONOD | B.KAPITANIAK |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés

Année : 05/2003 (2ème édition)

- Nutrition humaine

Auteur : B.JACOTOT | B.CAMPILLO |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 04/2003

- Diabète et maladies métaboliques

Auteur : L.PERLEMUTER | J-L.SÉLAM | G.COLLIN DE L'HORTET |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 03/2003

- Prise en charge de la douleur chez l'enfant Une approche multidisciplinaire

Auteur : A.TWYXCROSS | A.MORIARTY | T.BETTS |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 11/2002

- Pharmacologie

Auteur : M MOULIN | A COQUEREL |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 06/2002 (2ème édition)

- Biomécanique et physiologie du mouvement

Auteur : S BOUISSET |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 04/2002

- Sciences humaines et sociales : l'homme, la société et la médecine

Auteur : G LAZORTHES |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 01/2001 (6ème édition)

- Neurologie pédiatrique

Auteur : P.LANDRIEU | M.TARDIEU |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : ABRÉGÉS
Année : 01/2001 (2ème édition)

- Épidémiologie

Auteur : P CZERNICHOW | J CHAPERON | X LE COUTOUR |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés connaissances et pratique
Année : 2001

- L'enfant et la pratique sportive

Auteur : Henri BENSACHEL |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 00/1998

- Biochimie et nutrition des activités physiques et sportives T1 Le métabolisme
énergétique

Auteur : Paul PILARDEAU |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 1995

- Biochimie et nutrition des activités physiques et sportives T2 Eau et électrolytes,
vitamines et oligoéléments; Effets de l'exercice sur le métabolisme

Auteur : Paul PILARDEAU |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Abrégés
Année : 00/1995

- La finalité de la recherche médicale: vers un arrondissement de l'être humain ?

Auteur : Sous la direction de Jean-Michel BOLES | Pascal DAVID |
Editeur : SAURAMPS
Collection : Les carnets de l'espace éthique de Bretagne Occidentale 3
Année : 12/2010

Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)

Auteur : K.SLIM |
Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 01/2008

- Initiation à la connaissance du médicament UE6 PACES Cours et QCM corrigés

Auteur : Yves LANDRY |

Editeur : ÉDISCIENCE

Collection : 100% 1re année santé

- Psychologie du travail et des organisations Domaines de recherche et d'intervention

Date prévue par l'éditeur : fin Août

Auteur : Claude LEMOINE |

Editeur : DUNOD

Collection : Psycho sup

Année : 08/2012

- Maîtriser l'anglais médical - UE 6.2 Communiquer dans le domaine de la santé et du soin

Auteur : E.MOSHEN |

Editeur : LAMARRE

Collection : Étudiants IFSI

Année : 07/2012

- Imagerie médicale pour le clinicien

Auteur : Lionel ARRIVÉ | Collectif |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 07/2012

- Physiologie médicale

Auteur : William F.GANONG | BARRETT | BARMAN | BOITANO | BROOKS |

Editeur : DE BOECK

Collection : Sciences médicales

Année : 06/2012 (3ème édition)

- Lecture critique et communication médicale scientifique Comment lire, présenter, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique

Auteur : Louis Rachid SALMI |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Année : 03/2012 (3ème édition)

- Traumatologie du sport

Auteur : Raymond-Gilbert DANOWSKI | Jean-Claude CHANUSSOT |

Editeur : ELSEVIER / MASSON

Collection : Sport

Année : 09/2012 (7ème édition)

- Guide pratique des contentions Toutes les techniques de strapping et taping à connaître

Auteur : C.GEOFFROY |
Editeur : GEOFFROY
Collection : Sport
Année : 05/2012

- La préparation physique moderne Optimisation des techniques de préparation à la haute performance

Auteur : Aurélien BROUSSAL | Olivier BOLLIET |
Editeur : 4TRAINER
Année : 05/2012 (2ème édition)

- Médecine du sport et thérapies manuelles Le membre supérieur

Auteur : Sous la direction D. BONNEAU | P. VAUTRAVERS | C. HÉRISSON |
Editeur : SAURAMPS
Collection : Rencontres en médecine manuelle et ostéopathie
Année : 03/2012

- Rachis et sports Quels risques ? Quels effets bénéfiques ?

Auteur : Jacques RODINEAU | Sylvie BESCH | Élisabeth FURGOLLE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 11/2011

- Urgences en médecine du sport Scénarios de prise en charge

Auteur : John M.O'BYRNE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 07/2011

- Les conflits du membre supérieur chez le sportif 28e journée de traumatologie du sport de la Pitié-Salpêtrière

Auteur : Jacques RODINEAU | Sylvie BESCH |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 11/2010

- Les muscles, membre supérieur Nouvelle anatomie - Biomécanique - Chirurgie - Rééducation

Auteur : François BONNEL |
Editeur : SAURAMPS
Année : 06/2010

- Les blessures sportives Guide d'intervention sur le terrain

Auteur : CONSEIL DE MÉDECINE DU SPORT DU QUÉBEC |
Editeur : PRESSES UNIVERSITAIRES DE MONTRÉAL
Année : 06/2010

- Biomécanique du sport et de l'exercice

Auteur : Paul GRIMSHAW | Adrian BURDEN |
Editeur : DE BOECK
Collection : Sciences et Pratiques du Sport
Année : 06/2010 (1ère édition)

- Physiologie de l'exercice chez l'enfant

Auteur : Thomas W. ROWLAND |
Editeur : DE BOECK
Collection : Sciences et Pratiques du Sport
Année : 05/2010

- La femme sportive

Auteur : Nathalie BOISSEAU | Martine DUCLOS | Michel GUINOT |
Editeur : DE BOECK
Collection : Sciences et Pratiques du Sport
Année : 11/2009

- Prescription des activités physiques : en prévention et en thérapeutique

Auteur : Frédéric DEPIESSE | Jean-Luc GRILLON | Olivier COSTE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Sport
Année : 09/2009

- Médecine du sport

Auteur : P.ROCHCONGAR | H.MONOD |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Pour le Praticien
Année : 09/2009 (4ème édition)

- Physiologie du sport et de l'exercice

Auteur : Jack H.WILMORE | David L.COSTILL | W.Larry KENNEY |
Editeur : DE BOECK
Collection : Sciences et Pratiques du Sport
Année : 08/2009 (4ème édition)

- Biochimie des activités physiques et sportives

Auteur : Jacques R.POORTMANS | Nathalie BOISSEAU |
Editeur : DE BOECK
Collection : Sciences et pratiques du sport
Année : 07/2009

- Le muscle Nouveaux concepts Anatomie - Biomécanique - Chirurgie - Rééducation

Auteur : Coordonné par François BONNEL | Thierry MARC |

Editeur : SAURAMPS
Année : 06/2009

- Le contrôle moteur

Auteur : Yves KERLIRZIN | Gilles DIETRICH | Stéphane VIEILLEDENT |
Editeur : PUF
Collection : Pratiques physiques et société
Année : 04/2009

- Activités physiques et développement de l'enfant

Auteur : P.DUCHÉ | E.VAN PRAAGH |
Editeur : ELLIPSES
Collection : L'essentiel en sciences du sport
Année : 01/2009

- La marche humaine, la course et le saut Biomécanique, explorations, normes et dysfonctionnements

Auteur : Éric VIEL |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Le point en rééducation 9
Année : 05/2008

- Séquelles des traumatismes articulaires chez les sportifs

Auteur : Jacques RODINEAU | Éric ROLLAND |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 11/2007

- Physiologie du sport Bases physiologiques des activités physiques et sportives

Auteur : Hugues MONOD | Roland FLANDROIS | Henry VANDEWALLE |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Sport
Année : 11/2007 (6ème édition)

- Nutrition du sportif

Auteur : Xavier BIGARD | Charles-Yannick GUEZENNEC |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Sport
Année : 09/2007 (2ème édition)

- Sport, appareil locomoteur et vieillissement

Auteur : Sous la direction de J.LECOCQ | C.HERISSON |
Editeur : SAURAMPS
Année : 03/2007

- Bandages et attelles en médecine du sport

Auteur : David H.PERRIN |
Editeur : MALOINE
Année : 02/2007

- Pathologie intra- et péri-tendineuse du membre supérieur des sportifs

Auteur : Jacques RODINEAU | Éric ROLLAND |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Année : 12/2006

- Médecine du sport

Auteur : Élisabeth BRUNET-GUEDJ | Bernard BRUNET | Jacques GIRARDIER | Bernard MOYEN |
Editeur : ELSEVIER / MASSON
Collection : Sport
Année : 04/2006 (7ème édition)

- Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale, comprendre, diagnostiquer et traiter. Amsterdam : Elsevier ; 2006.
- Borley N. Guide d'anatomie clinique de surface. Paris. Maloine. 1999.
- Hoppendenfeld S . Examen clinique des membres et du rachis. Paris : Masson ; 2006.
- Lardry J M, Raup J C, Dumas P. Initiation à la morphologie humaine. Paris : Masson ; 2009.
- Muscolino J E. Manuel de palpation osseuse et musculaire. Paris : Elsevier Masson ; 2011.
- Reichert B. Anatomie in vivo. Tomes 1 & 2. Paris : Maloine ; 2009.
- Tixa S. Anatomie palpatoire. Tomes 1 & 2. Paris : Masson ; 2005.
- Beauthier JP, Lefevre P, Leurquin F, Bouchet A, Cuilleret J, Milaire J. Traité d'anatomie : de la théorie à la pratique palpatoire. Tome 1 : Membre inférieur, ceinture pelvienne. Bruxelles : De Boeck université ; 1990.
- Beauthier JP, Lefevre P, Leurquin F, Rooze M, Oberlin C. Traité d'anatomie : de la théorie à la pratique palpatoire. Tome 2 : Membre supérieur, ceinture scapulaire. Bruxelles : De Boeck université ; 1991.

- Beauthier JP, Lefevre P, Leurquin F, Rubay J. Traité d'anatomie : de la théorie à la pratique palpatoire. Tome 3 : Tête et tronc, propédeutique viscérale. Bruxelles : De Boeck université ; 1993.
- Cleland J. Examen clinique de l'appareil locomoteur ; tests, évaluation et niveaux de preuves. Paris : Masson ; 2007.
- Hérisson C, Vautravers P. Rachis lombaire et thérapies manuelles. Montpellier : Sauramps Médical ; 2006.
- Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale – Comprendre, diagnostiquer et traiter. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2006.
- Busquet L. Les chaines musculaires Tome 3 : La pubalgie. Paris : Frison Roche ; 1993.
- Busquet L. Les chaines musculaires Tome 4 : Membres inférieurs. Paris : Frison Roche ; 1995.
- Busquet L. Les chaines musculaires. Paris : Frison Roche ; 1985.
- Chantepie. A, Perot. J.F : Techniques myotensives rachidiennes. Paris : Maloine ; 2009.
- Debroux J-J. Relâchement myofascial spontané et tender points. 3^{ème} édition. Thy-le-Château : Olivier ; 2005. Le Plessis Paté : de Parry ; 2005.
- Cantu R I, Grodin A J. Myofascial manipulation- theory and clinical application. Gaithersburg: Aspen publication
- Brieg A. Biomechanics of the nervous system. N.D.S (N.Z) ; 2007.
- Buttler D S. Mobilisation of the nervous system. Springer Verlag ; 1995.
- De Laere J, Tixa S.: Le syndrome neurogène douloureux, du diagnostic au traitement manuel, tome 1. Amsterdam : Elsevier 2011.
- Shacklock M . Clinical neurodynamics. Amsterdam : N.D.S Elsevier ; 2005.
- Amiel-Tison C. Neurologie périnatale. 3^{ème} édition. Paris : Masson ; 2005.
- Carlioz H. Seringe.R. Orthopédie du nouveau- né à l'adolescent. Paris. 2002.

- Barietyj et coll. Sémiologie clinique. Issy-les- Moulineaux : elsevier-Masson ; 2009.
- Bariety M, Bonnot R, Bariety J, Moline J. Sémiologie médicale, 7^o édition,. Paris : Masson ; 2003.
- Bogduk N, McGuirk B. Prise en charge des cervicalgies aiguës et chroniques. Une approche fondée sur les preuves. Paris : Elsevier-Masson ; 2008.
- Busquet M et L. Les chaines physiologiques. Pau : Busquet ; 2008.
- Collège national des enseignants de cardiologie. Abrégé de cardiologie. Issy-les-Moulineaux : Eds Elsevier- Masson ; 2010.
- Collège Français des Enseignants de Rhumatologie. Abrégé de rhumatologie. Issy-les-Moulineaux: Eds Elsevier- Masson ; 2008.
- Collège des enseignants de pneumologie. Pneumologie – référentiel national de préparation de l'ECN. Milon-La-Chapelle : S éditions ; 2010.
- Coustet B. Sémiologie médicale. L'apprentissage pratique de l'examen clinique. Bruxelles: de Boeck-Estem ; 2011.
- De Margerie-Mellon C. Imagerie médicale pratique. Guide méthodologique pour l'externat. Bruxelles: de Boeck-Estem ; 2011.
- Epstein O, Perkin D, De Bono D P, Cookson J. Examen clinique. Bruxelles : De Boeck ; 1994.
- Garnier M, Contou D. Sémiologie, guide d'observation médico-chirurgicale. Milon-La-Chapelle : S-EDITIONS ; 2009.
- Gauthier M, Rosenbaum D. Cardiologie Cahiers des ECN. Issy-les-Moulineaux :Elsevier-Masson ; 2010.
- Hoppenfeld S. Examen clinique des membres et du rachis (2e éd.). Paris : Elsevier-Masson ; 2009.
- Maigne R. Douleurs d'origine vertébrales. Paris : Elsevier Masson. 2006.

- Maigne R. Douleur d'origine vertébrale, comprendre, diagnostiquer et traiter. Issy les Moulineaux : Elsevier- Masson ; 2006.
- Maigne J Y. Soulager le mal de dos. Paris : Masson ; 2001.
- Willem G. Manuel de posturologie, approche clinique et traitements des pathologies rachidiennes et céphaliques. Paris : Frison-Roche ; 2004.
- Pathology and Intervention in Musculoskeletal Rehabilitation – Magee, Zachazewski, Quillen.
- Clinical Orthopedic Rehabilitation – Brotzman and Wilk.
- Physical Rehabilitation of the Injured Athlete – Andrews, Harrelson, Wilk. Sports Medicine (Orthopaedic Surgery Essentials Series) – Schepsis, Busconi. A.
- Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques – Kisner & Colby
- Best Rehabilitation Books – Extremities
- Postsurgical Orthopaedic Sports Rehab Knee & Shoulder – Manske.
- Noyes' Knee Disorders: Surgery, Rehabilitation, Clinical Outcomes – Noyes.
- Knee Ligament Rehabilitation – Ellenbecker.
- The Athlete's Elbow – Altchek, Andrews.
- The Elbow in Sport – Ellenbecker.
- The Elbow and It's Disorders – Morrey.
- The Shoulder – Rockwood.
- Low Back Disorders: Evidence based prevention and rehab – McGill.
- Ultimate Back Fitness and Performance – McGill.
- Rehabilitation of the Spine: A practitioner's Manual – Liebenson.
- Manual Therapy – NAGS, SNAGS and MWMS – Mulligan.
- Cervical and Thoracic Spine: Mechanical Diagnosis and Therapy – McKenzie.

- Lumbar Spine: Mechanical Diagnosis and Therapy – McKenzie.
- Maitland’s Vertebral Manipulation – Maitland.
- Manual Mobilization of the Joints: The Spine – Kaltenborn.
- Best Clinical Examination Books
- Orthopaedic Physical Assessment – Magee.
- Orthopedic Physical Examination Tests: An Evidence-Based Approach – Cook.
- Muscles: Testing and Function with Posture and Pain – Kendall.
- Best Athletic Training Books
- Principles of Athletic Training – Prentice, Arnheim.
- Athletic Taping and Bracing – Perrin.
- Best Manual Therapy Books
- Anatomy Trains – Myers.
- Diagnosis and Treatment of Movement Impairment Syndromes – Sarhmann.
- Clinical Applications of Neuromuscular Techniques: Volume 1 Upper Body – Chaitow, DeLany.
- Clinical Applications of Neuromuscular Techniques: Volume 2 Lower Body – Chaitow, DeLany.
- Muscle Energy Techniques – Chaitow.
- Positional Release Techniques – Chaitow.
- Myofascial Pain and Dysfunction: The trigger point manual – Travell, Simmons.
- The Sensitive Nervous System – Butler.
- Essentials of Strength & Conditioning – NSCA.
- Functional Training for Sport – Boyle.

- Core Performance – Verstegen:
- Athletic body in balance – Cook.
- Foundations of Clinical Research: Applications to Practice – Portney & Watkins.
- Rehabilitation Research: Principles and Applications – Domholt.
- SPSS for Dummies – Griffith.
- Writing a Biomedical Research Paper: A Guide to Structure and Style – Budgell.
- The Encyclopedia of the Muscle and Skeletal Systems and Disorders –
- Exercises for Agility, Balance, Coordination, and Strength –
- Exercise Handouts for Rehabilitation –
- Guide to Physical Therapist Postprofessional Graduate Programs
- Preparing for the Physical Therapist Licensure Examination
- Quick Reference Dictionary for Physical Therapy –
- Quick Reference to Physical Therapy –
- Rehabilitation Medicine: Principles and Practice
- The Rehabilitation Specialist's Handbook –
- Stedman's Orthopedic & Rehab Words –
- Practical manual of physical medicine and rehabilitation.
- Testing IER's national physical therapy examination: review & study guide
- Stedman's medical dictionary for the health professions and nursing. "includes chiropractic, occupational therapy, physical therapy, podiatric, & sports medicine." A standard medical dictionary.
- Dictionary of rehabilitation. Based on the Dictionary of rehabilitation medicine by Herman L. Kamenetz, MD. Includes bibliographical references.
The Merck manual of diagnosis and therapy.

- IER's national physical therapy examination: review & study guide.
- American Medical Association manual of style: a guide for authors and editors. A style guide for medical writing, including how to cite sources, published by the AMA. Kept at the Reference Desk.
- Accreditation Council for Canadian Physiotherapy Academic Programs, Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators, Canadian Physiotherapy Association, Canadian Council of Physiotherapy University Programs. (2009). Essential Competency Profile for Physiotherapists in Canada. Available: http://www.alliancept.org/alliance_resources.shtml
- Agur, A. M. R. & Dalley, A.F. (2008). Grant's Atlas of Anatomy (12th ed.) Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins
- American College of Sports Medicine. (2003). Exercise Management for Persons with Chronic Diseases and Disabilities (2nd ed.). Windsor: Human Kinetics
- American College of Sports Medicine. (2006). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Beers, M. (Ed.). (2006). The Merck Manual of Diagnosis and Therapy (18th ed.). New Jersey: Merck Research Laboratories.
- Bélanger, A. (2003). Evidence-based guide to therapeutic physical agents. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Boissonnault, W. G. (2011). Primary care for the physical therapist. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Bromley, I. (2006). Tetraplegia and Paraplegia (6th ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Brukner, P. & Khan, K. (2006). Clinical sports medicine (3rd ed.). Sydney: McGraw-Hill.
- Butler, D.S. (2000). The sensitive nervous system. Adelaide City West: Noigroup Publications.
- Cameron, M. H. (2008). Physical Agents in Rehabilitation: From Research to Practice (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

- Campbell, S. K., Vander Linden, D. W. & Palisano, R. J. (2005). *Physical Therapy for Children*. (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators. (2000). *National Guidelines for Support Workers in Physiotherapy Practice in Canada*. Toronto: Author [on Alliance website]
- Canadian Association of Cardiac Rehabilitation (2004). *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation as Cardiovascular Disease Prevention* (2nd ed.). www.cacr.ca
- Carr, J. & Shepherd, R. (2003). *Stroke rehabilitation: Guidelines for exercise and training to optimize motor skill*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann.
- Carr, J. & Shepherd, R. (2010). *Neurological rehabilitation: Optimizing motor performance*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- DeLisa, J.A., Gans, B.M. & Walsh, N.E., (Eds.). (2005). *Physical medicine and rehabilitation: Principles and practice*. (4th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Finch, E., Brooks, D., Stratford, P.W. & Mayo, N.E. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures: A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*. (2nd ed.). Toronto: Canadian Physiotherapy Association.
- Frownfelter, D., & Dean, E. (Eds.). (2005). *Cardiovascular and Pulmonary Physical Therapy: Evidence and Practice*. (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Glassey, N. (2004). *Physiotherapy for Burns and Plastic Reconstruction of the Hand*. London: Whurr Publishers.
- Goodman, C.C., Fuller, K.S., & Boissonnault, W.G. (2003). *Pathology: Implications for the physical therapist* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Guccione, A. (Ed.). (2000). *Geriatric Physical Therapy* (2nd ed.). St. Louis: Mosby Co.
- Guyton, A.C. & Hall, J.E. (2005). *Textbook of Medical Physiology* (11th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hertling, D. & Kessler, R. M. (2005) *Management of Common Musculoskeletal Disorders: Physical Therapy Principles & Methods* (4th ed.) Philadelphia: JB Lippincott.

- Higgs, M. & Jones, J. (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed.). Edinburgh: Butterworth-Heinemann.
- Hillegas, EA and Sadowsky, HS. (2001). *Essentials of Cardiopulmonary Physical Therapy*. (2nd ed.). Toronto: Harcourt Brace & Company.
- Irwin, S., & Tecklin, J. S. (2004). *Cardiopulmonary Physical Therapy* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Jacobs, K (ed.) (2007). *Ergonomics for Therapists* (3rd ed.). Boston: Butterworth Heinemann.
- Kane, R.L., Ouslander, J.G. & Abrass, I.B. (2004). *Essentials of clinical geriatrics*. (5th ed.). Hightstown, NJ: McGraw-Hill.
- Kendall, F.P., McCreary, E.K., Provance, P.G, Rodgers, M.M., & Romani, W.A. (2005). *Muscles: Testing and function with posture and pain* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kisner, C., & Colby, L. (2007). *Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques* (5th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Klippel, J.H. (ed.). (2008). *Primer on Rheumatic Diseases* (13th ed.). Atlanta: The Arthritis Foundation.
- Lewis, C.B., & Knortz, K.A. (1993) *Orthopaedic Assessment and Treatment of the Geriatric Patient*. Mosby Year Book Inc.
- Magee, D. J. (2007). *Orthopedic Physical Assessment* (5th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Michlovitz, S.H. (2004). *Modalities for Therapeutic Intervention* (4th ed.). Philadelphia: F A Davis & Company.
- O’Sullivan, S., & Schmitz, T. (2001). *Physical Rehabilitation: Assessment and Treatment* (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Pierson, F.M., & Fairchild, S.L. (2008). *Principles and techniques of patient care*. (4th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier
- Purtillo, R., & Haddad, A. (2007). *Health Professional and Patient Interaction* (7th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

- Reid, D. C. (1992). *Sports Injury Assessment and Rehabilitation*. New York: Churchill Livingstone.
- Schachter, C.L., Stalker, C.A., Teram, E., Lasiuk, G.C. & Danilkewich, A. (2008). *Handbook on sensitive practice for health care practitioner: Lessons from adult survivors of childhood sexual abuse*. Ottawa: Public Health Agency of Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfntsx-handbook_e.pdf
- Shepard, K.F., & Jensen, G.M. (2002). *Handbook of teaching for physical therapists* (2nd ed.). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M.H. (2006). *Motor Control: Translating Research Into Clinical Practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Strong, J., Umruh, A.M, Wright, A. & Baxter G.D. (2002). *Pain: A textbook for therapists*. Edinburgh: Churchill-Livingston.
- Tecklin, J.S. (2008). *Pediatric physical therapy* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Umphred, D. (Ed.) (2006). *Neurological Rehabilitation* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- West, J. B. (2005). *Respiratory Physiology – The Essentials* (7th ed.). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Clinical Practice Guidelines:
 - Consortium for Spinal Cord Medicine. (1999). *Outcomes following traumatic spinal cord injury: Clinical practice guidelines for health-care professionals*. Available: <http://www.scicpg.org>
 - Consortium for Spinal Cord Medicine. (2005). *Preservation of upper limb function following spinal cord injury: A clinical practice guideline for health-care professionals*. Available: <http://www.scicpg.org>
 - Canadian Medical Association. (2007). *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children*. CMAJ 2007;176(8 Suppl). Available: www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1

1.2) **Références MKO**

1.2.1) Concepts et techniques ostéopathiques

Historique-concepts de l'ostéopathie-principes-notions de dysfonction.

Cadre des Indications, des contre indications-Champ professionnel de l'exercice

- Auquier O. Ostéopathie, principes et applications ostéo-articulaires. Amsterdam : Elsevier ; 2007.
- Barral JP, Croibier A. Approche ostéopathique du traumatisme. Editions Actes graphiques ; 1997.
- Chila A. Foundations of Osteopathic Medicine. American Osteopathic Association ; 2010.
- Dudley Hulet G. Manuel de principes ostéopathiques. Vannes : Sully ; 2011.
- Greenman PE. Principles of Manual Medicine. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins ; 2003.
- Fischer M, Eriean B. Thrust, sémiologie, imagerie, indications en ostéopathie vertébrale, colonne vertébrale, bassin, côtes. Paris : Masson ; 2009.
- Fryette HH. Principes de la technique ostéopathique. Paris : Frison Roche ; 1988.
- Gehin A. Concept de tenségrité en ostéopathie. Montpellier : Sauramps Médical ; 2010.
- Issartel L, Issartel M. L'ostéopathie exactement. Collection réponses santé. Paris : Robert Laffont ; 1983
- Javerliat P. Précis de matière ostéopathique. Vannes : Sully ; 2008.
- Korr IM. Bases physiologiques de l'ostéopathie. Paris : Maloine ; 1976.
- Liem T, Dobler TK. Guide d'ostéopathie, techniques pariétales. Paris : Maloine ; 2010.
- Littlejohn JM, Wernham J, Hall TE. The mechanics of the spine and the pelvis. Maidstone collège of Ostéopathy ; 1965.
- Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale, comprendre, diagnostiquer et traiter. Amsterdam : Elsevier ; 2006.
- Nicolas AS, Nicolas EA. Atlas des techniques ostéopathiques. Paris : Maloine ; 2011.
- Ricard F, Salle JL. Traité théorique et pratique de médecine ostéopathique. Limoges : Roger Jollois ; 1994.
- Richter P, Hebgen E - Points gâchettes et chaînes fonctionnelles musculaires en ostéopathie et thérapie manuelle. Paris : Maloine ; 2008.
- Still AT. Philosophie de l'ostéopathie. Vannes: Sully ; 1999.

- Still AT. Ostéopathie recherche et pratique. Vannes: Sully ; 2001
- Still AT. Autobiographie. Vannes: Sully ; 2008.
- Tricot P. Ce qui marche et ce qui ne marche pas en ostéopathie. Lyon : Editions Josette ; 2003.
- Tricot P. Approche tissulaire de l'ostéopathie, un modèle du corps conscient. Vannes : Sully ; 2002.
- Tricot P. Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie. Vannes : Sully ; 2009.
- Trowbridge C. Naissance de l'Ostéopathie : vie et œuvre d'Andrew Taylor Still. Vannes : Sully ; 1999.
- Vasseur FH. Le Traitement Ostéopathique Général. Vannes : Sully ; 2009.
- Wernham J. The philosophy and mechanics of Osteopathy. Maidstone Osteopathic clinic ; 1978.

1.2.2) Techniques Ostéopathiques

- **Repérage anatomo palpatoire**
- Beauthier JP, Lefevre P, Leurquin F, Bouchet A, Cuilleret J, Milaire J. Traité d'anatomie : de la théorie à la pratique palpatoire. Tome 1 : Membre inférieur, ceinture pelvienne. Bruxelles : De Boeck université ; 1990.
- Beauthier JP, Lefevre P, Leurquin F, Rooze M, Oberlin C. Traité d'anatomie : de la théorie à la pratique palpatoire. Tome 2 : Membre supérieur, ceinture scapulaire. Bruxelles : De Boeck université ; 1991.
- Beauthier JP, Lefevre P, Leurquin F, Rubay J. Traité d'anatomie : de la théorie à la pratique palpatoire. Tome 3 : Tête et tronc, propédeutique viscérale. Bruxelles : De Boeck université ; 1993
- Borley N. Guide d'anatomie clinique de surface. Paris : Maloine ; 1999.
- Hoppendenfeld S . Examen clinique des membres et du rachis. Paris : Masson ; 2006.
- Lardy JM, Raup JC, Damas P. Initiation à la morphologie humaine. Paris : Masson ; 2009.
- Muscolino JE. Manuel de palpation osseuse et musculaire. Paris : Elsevier Masson ; 2011.
- Reichert B. Anatomie in vivo. Tomes 1 & 2. Paris : Maloine ; 2009.

- Tixa S. Anatomie palpatoire. Tomes 1 & 2. Paris : Masson ; 2005.

Tests cliniques ostéopathiques

- Cleland J. Examen clinique de l'appareil locomoteur ; tests, évaluation et niveaux de preuves. Paris : Masson ; 2007.

1.2.3) Techniques structurelles

- Aemmer C. Atlas des techniques mécanistes du système locomoteur périphérique. Genève : Etiosciences ; 1993.
- Aemmer C. Atlas des techniques mécanistes en étiopathie Volumes 1 2 3. Genève : Avenir des sciences ; 1981.
- Barral JP, Croibier A. Nouvelle approche manipulative – Membre supérieur. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011.
- Berlinson G. Précis de médecine ostéopathique rachidienne Vol 1 : Techniques pelviennes et techniques lombaires. Paris : Vigot Maloine ; 1989.
- Berlinson G. Précis de médecine ostéopathique rachidienne Vol 2 : Techniques thoraciques et costales. Paris : Vigot Maloine ; 1990.
- Berlinson G. Précis de médecine ostéopathique rachidienne Vol 3 : Techniques thoraciques et costales. Paris : Vigot Maloine ; 1991.
- Chantepie A, Pérot JF. Cahiers d'ostéopathie n°5. Techniques structurelles rachidiennes. Paris : Maloine ; 2010.
- Chantepie A, Pérot JF. Cahiers d'ostéopathie n°4. Techniques rachidiennes. Paris : Maloine ; 2009.
- Collège Sutherland. Manuel pratique de manipulation ostéopathique. Sainte Ruffine : Maisonneuve ; 1992.
- Curtil P, de Coux G. Traité pratique d'ostéopathie structurelle. Paris : Frison Roche ; 1999.
- Curtil P, de Coux G. Traité pratique d'ostéopathie structurelle – Tome 1 : bassin-rachis. 2ème édition. Paris : Frison-Roche ; 2002.
- Dowling DJ. Guide illustré de traitement médical ostéopathique de la colonne et du bassin. Thy-le-Château : Olivier ; 2005. Le Plessis Paté : de Parry ; 2005.

- Eidesheim D, Trompette L P. Manipulations en inversion de paramètre sagittal. Paris : Revue de médecine vertébrale ; 2005.
- Fischer M, Eribeau B. Thrust, sémiologie, imagerie, indications en ostéopathie vertébrale. Paris : Masson ; 2009.
- Hérisson C, Vautravers P. Rachis lombaire et thérapies manuelles. Montpellier : Sauramps Médical ; 2006.
- Lavigne G, Gotszorg G. Approche nouvelle de la thérapeutique manuelle. La colonne cervicale. Wissous : Gotszorg ; 2000.
- Le Corre F, Rageot E. Atlas de médecine ostéopathique. Paris : Masson ; 2001.
- Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale – Comprendre, diagnostiquer et traiter. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2006.
- Ricard F. Traitement ostéopathique des douleurs d'origine lombo-pelvienne - Tome 2 : la région pelvienne. Aix en Provence : De Verlaque ; 1988.
- Ricard F. Traitement ostéopathique des douleurs d'origine lombo-pelvienne- Tome 1 : la région lombo-abdominale. Aix en Provence : De Verlaque ; 1986.
- Ricard F. Médecine ostéopathique et traitement des algies du rachis dorsal. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011.
- Ricard F. Traitement ostéopathique des lombalgies et lombosciatiques par hernie discale. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2008.
- Richard R. Lésions ostéopathiques du membre inférieur. 3ème édition. Paris : Frison-Roche ; 1999.
- Richard R. Lésions ostéopathiques iliaques. 3ème édition. Paris : Frison-Roche ; 2000.
- Richard R. Ostéopathie du rachis cervical. Lyon : Osteopathic Research Institute – R. Richard ; 2000.
- Richard R. Lésions ostéopathiques sacrées et leurs conséquences crâniennes et utérines. Lyon : Osteopathic Research Institute – R. Richard ; 2000.
- Richard R. Lésions ostéopathiques de l'épaule. 2ème édition. Lyon : Richard ; 2005.
- Richard R. Lésions ostéopathiques vertébrales – Tome 1. 4ème édition. Paris : Frison-Roche ; 2003.
- Richard R. Lésions ostéopathiques vertébrales – Tome 2. 3ème édition. Paris : Frison-Roche ; 2002.
- Salvagnac JLM. Etude orthopédique de l'articulation sacro-iliaque. Montpellier : Sauramps -médical ; 2004.

- Schneider W, Dvorak. JV, Tritscher T. Médecine manuelle thérapeutique. Paris : Masson ; 1989.
- Tixa S, Ebenegger B. Atlas de techniques articulaires ostéopathiques des membres. Paris : Masson ; 2002.
- Tixa S, Ebenegger B. Atlas des techniques articulaires ostéopathiques, tome 3. Paris : Masson ; 2006.
- Tixa S, Ebenegger B. Atlas de techniques articulaires ostéopathiques. Tome 2 : le bassin et la charnière lombo-sacrée. Paris : Masson ; 2005.

1.2.4) Techniques myotensives

- Busquet L. Les chaines musculaires Tome 3 : La pubalgie. Paris : Frison Roche ; 1993.
- Busquet L. Les chaines musculaires Tome 4 : Membres inférieurs. Paris : Frison Roche ; 1995.
- Busquet L. Les chaines musculaires. Paris : Frison Roche ; 1985.
- Chantepie A, Perot JF . Techniques myotensives rachidiennes. Paris : Maloine ; 2009.
- Lewit K . Manipulative therapy, Musculoskeletal medecine ; Churchill Livingstone 2009
- Mitchell FL, Moran PS, Pruzzo NA. An evaluation and treatment manual of osteopathic muscle energy procedures ; Associates 1979.
- Mitchell FL, Mitchell P. The muscle energy manual ; MET press 2001.
- Richer P, Hebgen E. Points gâchettes et chaines fonctionnelles musculaires en ostéopathie et thérapie manuelle. Paris : Maloine ; 2008.
- Travel JG, Simons DG . Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux : Haug ; 1993.

1.2.5) Techniques réflexes

- Bossy J. Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Paris : Masson ; 1978.
- Camirand N. Dysfonctions glandulaires et nerveuses. Diagnostic et traitement ostéopathique. Paris : Maloine ; 2009.

- Caporossi R. Le système neuro-végétatif et ses troubles fonctionnels ; Verlaque ; 1989
- Debroux JJ. Relâchement myofascial spontané et tender points. 3ème édition. Thy-le-château : Olivier ; 2005. Le Plessis Paté : de Parry ; 2005.
- Janet G, Travell JG, David G. Simons. Douleurs et Troubles fonctionnels myofasciaux. Traité des points détentes musculaires. Tome 1 hémicorps supérieur :Tête, tronc, et membres supérieurs. Tome 2. Le membre inférieur. Bruxelles : Haug International ; 1993.
- Lignon A. Schématisation neuro-végétative en ostéopathie. Aix en Provence : de Verlaque ; 1987.
- Perronneau-Ferré R. Techniques réflexes en ostéopathie. Aix en Provence : de Verlaque ; 1999
- Richard R. Techniques reflexes conjonctives, périostées et dermalgies viscéro-cutanées. Lyon : Richard ; 2001.
- Richter P, Hebgen E. Points gâchettes et chaînes fonctionnelles musculaires en ostéopathie et en thérapie manuelle. 2ème tirage. Paris : Maloine ; 2010.
- Van Steen L. Le réflexe vertébral. Paris : Maloine ; 1981.

1.2.6) Techniques fasciales

- Cantu RI, Grodin AJ. Myofascial manipulation- theory and clinical application. Gaithersburg: Aspen publication ; 1992.
- Comeaux Z. Ostéopathie Harmonique. Traitement oscillatoire et techniques rythmiques myofasciales. Vannes : Sully ; 2008
- Debroux JJ. Les fascias du concept au traitement. Thy-le-Château : Olivier ; 2002.
- Gabarel B, Roques M. Les fasciae en médecine ostéopathique. Paris : Maloine ; 1985
- Gehin A. Concept de tenségrité en ostéopathie. Montpellier : Sauramps médical ; 2010.
- Guimberteau JC. Promenades sous la peau. Amsterdam : Elsevier ; 2004.
- Myers TW. Anatomy trains. Londres : Churchill Livingstone ; 2009.
- Paoletti S. Les fascias, rôle des tissus dans la mécanique humaine. Vannes : Sully ; 2011.
- Schleip R & C O. Fascias Research congress. Elsevier ; 2007-2009-2012 .

- Speece CA, Crow WT, Simmons SL. Techniques d'équilibration ligamentaire. Vannes : Sully ; 2004.
- Schultz RL. The endless web, fascia anatomy and physical reality. North atlantic books ; 1996.
- Schwind P. Fascial and membrane technique. Munich : Churchill Livingstone Elsevier ; 2006
- Ward RC : Myofascial release concepts in rational manual therapies. Baltimore : Williams & Wilkins ; 1993.

1.2.7) Techniques fonctionnelles

Balance ligament Tension

- Carreiro JE. Balanced ligamentous tension techniques in functional methods by WL Johnston, H.D Friedman ; American Academy of osteopathy 1994.
- Speece CA, Crow WT, Simmons SL. Techniques d'équilibration ligamentaire. Vannes : Sully ; 2004.

Fonctionnelles

- Bochurberg C. Une approche ostéopathique de l'angoisse. Paris : Maloine ; 1988
- Bourdinaud P. Les techniques tissulaires ostéopathiques péri-articulaires, tome 2. Aix en Provence : De Verlaque ; 2005.
- Debroux JJ. Les fascias du concept au traitement. Thy-le-Château : Olivier ; 2002.
- Debroux JJ. Relâchement myofascial spontané et tender points. 3ème édition. Thy-le-Château : Olivier ; 2005. Le Plessis Paté : de Parry ; 2005.
- Dixneuf A. Guide pratique des techniques de Jones. Vannes : Sully ; 2011
- Friedman HD, Gilliar W G, Glassman JH. Countersrain approaches in osteopathic manipulative medicine;. Sfimms press ; 2000.
- Gehin A. Concept de tenségrité en ostéopathie. Montpellier : Sauramps Médical ; 2010.
- Hématy F. Le TOG. Du traitement ostéopathique général à l'ajustement du corps. Vannes : Sully ; 2001.

- Johnston WL, Friedman H D. Functional Methods a manual for palpatory skill development in osteopathic examination and manipulation of motor function. American Academy of osteopathy ; 1994.
- Paoletti S. Les fascias – rôle des tissus dans la mécanique humaine. 2ème édition. Vannes : Sully ; 2002.
- Roques M. Techniques articulaires de W.S.SUTHERLAND. Marseille : Proedit ; 2007.
- Rousse R. Techniques ostéopathiques d'urgence fonctionnelles. Montréal : Spirales ; 2002
- Speece CA, Crow WT, Simmons SL. Techniques d'équilibration articulo-ligamentaire – Une approche ostéopathique fonctionnelle globale. Vannes : Sully ; 2004

Relâchement Myo-fascial

- Friedman HD, Gilliar WG, Glassman JH. Myofascial and fascial- ligamentous approaches in osteopathic medicine; Sfmms press; 2000.
- Ward RC. Myofascial release concepts in rational manual therapies. Baltimore : Williams &Wilkins;1993

-

Strain Counterstrain

- Debroux JJ. Relâchement myofascial spontané et tender points. 3ème édition. Thy-le-Château : Olivier 2005. Le Plessis Paté : de Parry ; 2005.
- Dixneuf A. Guide pratique des techniques de Jones. Vannes : Sully ; 2011.
- Jones LH. Correction spontanée par positionnement. Paris : Maloine ; 1981.
- Gehin A. Concept de tenségrité en ostéopathie. Montpellier : Sauramps Médical ; 2010.

-

Tissulaires

- Becker RE. Life in motion. Stilness press ; 2001.
- Becker RE. Stillness of life, the osteopathic phylosophy of R.E.BECKER. Stilness press Lic ; 2000.

- Duval JA. Techniques ostéopathiques d'équilibres et d'échanges réciproques; Sully ; 2008.
- Gehin A. Concept de tenségrité en ostéopathie. Montpellier : Sauramps Médical ; 2010.
- Lee PR. Mécanisme de l'esprit en ostéopathie. Vannes : Sully ; 2011.
- Tricot P. Approche tissulaire de l'ostéopathie – Livre 1 – Un modèle du corps conscient. Vannes : Sully ; 2002, 2005.
- Tricot P. Approche tissulaire consciente de l'ostéopathie : Livre 2 Praticien de la conscience. Vannes : Sully ; 2005.

1.2.8) Techniques viscérales

- Barral JP, Mercier P. Médecine ostéopathique – Manipulations viscérales 1. 2ème édition. Paris : Frison-Roche ; 1983.
- Barral JP, Croibier A. Manipulations vasculaires viscérales. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2009.
- Barral JP. Manipulations de la prostate. Paris: Elsevier ; 2005.
- Barral JP. Le thorax manipulations viscérales. 2ème édition. Paris: Elsevier ; 2005.
- Barral JP. Médecine ostéopathique – Manipulations viscérales 2. Paris : Frison-Roche ; 1994.
- Barral JP, Mercier P. Manipulations viscérales 1 ; 2° édition. Amsterdam : Elsevier ; 2004.
- Barral JP. Manipulations viscérales 2, diagnostic différentiel médical et manuel des organes de l'abdomen, 2° édition. Amsterdam : Elsevier ; 2004.
- Busquet-Vanderheyden M. Les chaînes musculaires, la chaîne viscérale Tome VI Pau : Editions Busquet ; 2004.
- Busquet-Vanderheyden M. Les chaînes physiologiques, la chaîne viscérale, abdomen-pelvis, description et traitement, tome VI. Pau : Editions Busquet ; 2010.
- Busquet-Vanderheyden M. Les chaînes physiologiques. La chaîne viscérale du ttorax-gorge-bouche. Tome VII. Pau : Editions Busquet ; 2008.
- Buttet-Miquel B. Ostéopathie viscérale : recueil des techniques palpatoires et diagnostiques selon Frantz Glénard. Vannes : éditions Sully ; 2010.

- Curtil P, Métra A. Traité pratique d'ostéopathie viscérale. 2ème édition. Paris : Frison-Roche ; 2002
- Fernandez D, Lécine A. Cinésiologie rein, vésicule biliaire, tests et traitement sous contrôle échographique. Aix en Provence : de Verlaque ; 1988.
- Hebgen E. Ostéopathie viscérale – Principes et techniques. 2ème édition. Paris : Maloine ; 2005.
- Hebgen E. Checklist ostéopathie viscérale. Paris : Maloine ; 2011
- Weischenck J. Traité d'ostéopathie viscérale. Paris : Maloine ; 1982.

1.2.9) Techniques ostéopathiques crânio-faciales

- Arbuckle BE. Ostéopathie crânienne pour le nouveau né et l'enfant. Vannes : Sully ; 2005.
- Bertin A, Annick C, Tharin J. Ostéopathie crânienne. Techniques et protocoles de traitements. Paris : Masson ; 2008.
- Berton A, Jermini-Tharin C A. Ostéopathie crânienne, techniques et protocole de traitement. Paris : Masson ; 2008.
- Boudehen G. Osteopathie crânienne structurelle. la tensegrité appliquée aux bilans aux techniques gestuelles et aux concepts crâniens. Paris : Sully ; 2011.
- Busquet L. L'ostéopathie crânienne. 5ème édition. Paris : Frison-Roche ; 2002.
- Carreiro JE. Une approche de l'enfant en médecine ostéopathique. Vannes : Sully ; 2006.
- De France de Tersant C. Les sinus veineux du crâne une clé des migraines. 2ème édition. Aix en Provence : De Verlaque ; 1993.
- Gehin A. Techniques manipulatives des os du crâne et de la face. 2ème édition. Aix en Provence : De Verlaque ; 2000.
- Gehin A. Ostéopathie crânienne, Biomécanique, pathomécanique, diagnostic manuel. Vannes : Sully ; 2005.

- Gomez de Francisco A. Le crâne ostéopathique, étude comparée d'anatomie et de biomécanique crâniennes. Vannes : Sully ; 2006.
- Huteau B, Le Bourdais F, Usureau O. Diagnostic ostéopathique, crâne et face. Paris : Maloine ; 2011.
- Liem T. Ostéopathie crânienne, manuel pratique. Paris : Maloine ; 2010.
- Liem T. Ostéopathie crânienne. Paris : Maloine ; 2010.
- Liem T. Checklists ostéopathie crânio sacrée. Paris : Maloine ; 2011.
- Magoun HI. Ostéopathie dans le champ crânien. Edition originale 1951. Vannes : Sully ; 2000.
- Ratio A. le crâne en ostéopathie. Paris : Maloine ; 2012.
- Reibaud P. Potentiel ostéopathique crânien. Aix en Provence : De Verlaque ; 1990.
- Ricard F. Traité de médecine ostéopathique du crâne et de l'articulation temporo-mandibulaire. Amsterdam : Masson ; 2010.
- Richard A Feely. Clinique ostéopathique dans le champ crânien. Paris : Frison-Roche ; 2000.
- Sergueef N. Anatomie fonctionnelle appliquée à l'ostéopathie crânienne. Amsterdam : Elsevier ; 2009.
- Sergueef N : Ostéopathie pédiatrique. Amsterdam : Elsevier ; 2007.
- Sutherland WG. Textes fondateurs de l'Ostéopathie dans le champ crânien. Vannes : Sully ; 2002.
- Upledger JE, Vredewoogd JD : Thérapie cranio-sacrée, tome 1. Bruxelles : Satas ; 1998.
- Upledger JE. Thérapie crânio-sacrée, tome 2. Au-delà de la dure mère. Bruxelles : Satas ; 1998.

1.2.10) Techniques ostéopathiques neuro-méningées

- Barral JP, Croibier A. Manipulations des nerfs crâniens. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2006.
- Barral JP, Croibier A. Manipulations des nerfs périphériques. Paris: Elsevier; 2004.
- Brieg A. Biomechanics of the nervous system. N.D.S (N.Z) ; 2007.
- Buttler DS. Mobilisation of the nervous system. Springer Verlag ; 1995.

- De Laere J, Tixa S. Le syndrome neurogène douloureux, du diagnostic au traitement manuel, tome 1. Amsterdam : Elsevier 2011.
- Pommerol P. Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuro-méningé. Montpellier : Sauramps médical ; 2006.
- Shacklock M. Clinical neurodynamics. Amsterdam : N.D.S Elsevier ; 2005.

1.2.11) Techniques Ostéopathiques et sphère dentaire

- Amigues JP. Le système stomatognathique. Montpellier : Sauramps Médical ; 2003.
- Landouzy JM. Les ATM, traitements odontologiques et ostéopathiques. Aix en Provence : De Verlaque ; 1993.
- Ricard F. Lésions ostéopathiques de l'articulation temporo-mandibulaire – Tome 2. Aix en Provence : De Verlaque ; 1999.
- Ricard F. Lésions ostéopathiques de l'articulation temporo-mandibulaire – Tome 1. 2ème édition. Aix en Provence : De Verlaque ; 1989.

1.2.12) Techniques Ostéopathiques et sphères ORL/Ophthalmologie

- Bochureberg C. Traitement ostéopathique des rhinites et des sinusites chroniques. 2ème édition. Aix en Provence : De Verlaque ; 2002.
- Busquet L, Gabarel B. Ophthalmologie et ostéopathie. Paris : Maloine ; 1988.
- Gesret JG. Asthme – Recherche fondamentale et nouvelles thérapeutiques des pathologies du système immunitaire. Aix en Provence : De Verlaque ; 1996.
- Piron A. Techniques ostéopathiques appliquées à la phoniatrie, tome 1 (biomécanique fonctionnelle et normalisation du larynx). Lyon : Symétrie ; 2007.
- Spalton DJ. Atlas d'ophtalmologie clinique, 2ème édition. Bruxelles : De Boeck ; 1996.
- Wogue R. L'os temporal la mandibule et l'os hyoïde. Vannes : Sully ; 2009.

1.2.13) Ostéopathie et somato-émotionnel

- Cassoura A. L'énergie, l'émotion, la pensée au bout des doigts. Au delà de l'ostéopathie. Paris : Odile Jacob ; 2010.
- Dubois T, Hansroul P. Vivre l'émotion Retrouver l'énergie – Thérapie somato-émotionnelle suivant le concept ostéopathique. Bruxelles : Satas ; 2006.
- Varlet P. Ostéopathie somato-émotionnelle. Vannes : Sully ; 2009.
- Upledger JE : Libération somato-émotionnelle et au-delà. Aix en Provence : de Verlaque ; 1991.
- Weischenck J. soigner le corps l'esprit se souvient. St Ouen : Ed Sutherland ; 2001.

1.2.14) Techniques Ostéopathiques et sphère gynécologique

- Ageron-Marque C et al. Ostéopathie en gynécologie, guide pratique. Bruxelles : Satas ; 2000.
- Barral JP. Manipulations uro-génitales. 2ème édition. Aix en Provence : De Verlaque ; 1995.
- Fernandez D, Lécine A, Hézarid C. Cinésiologie utérine. Pamiers : Credo ; 1988.
- Richard R. Ostéopathie gynécologique fonctionnelle. Lyon : Richard ; 2001.
- Richard R. Lésions ostéopathiques sacrées et leurs conséquences crâniennes et utérines, physio-pathologie et techniques de normalisation. Lyon : ORI R Richard ; 2001.
- Schweitzer C. Ostéopathie intrapelvienne et arbre gynécologique – Sexualité et identité. Paris : Robert Jauze ; 2005.
- Woodall Percy. Principes et pratiques ostéopathiques en gynécologie. Paris : Maloine ; 1983.

1.2.15) Ostéopathie et grossesse/pédiatrie

- Arbuckle BE. Ostéopathie crânienne pour le nouveau-né et l'enfant. Vannes : Sully ; 2005.
- Amiel-Tison C. Neurologie périnatale. 3ème édition. Paris : Masson ; 2005.
- Carlioz H, Seringe R. Orthopédie du nouveau- né à l'adolescent. Paris. 2002.
- Carreiro JE. Une approche de l'enfant en médecine ostéopathie. Paris, Sully 2006

- Conjeaud B. Grossesse, hormones et ostéopathie. Vannes : Sully ; 2005.
- Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né – Tome 1. Montpellier : Sauramps Médical ; 2003.
- Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né – Tome 2. Montpellier : Sauramps Médical ; 2003.
- Lebovici S, Stoléru S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Paris : Bayard ; 1994.
- Sergueef N. Ostéopathie pédiatrique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2007.
- Sergueef N. Anatomie fonctionnelle appliquée à l'ostéopathie crânienne. Amsterdam : Elsevier ; 2009.
- Solano R. le nourrisson, l'enfant et l'ostéopathie crânienne. Paris : Maloine ; 1986.
-

1.2.16) Diagnostic ostéopathique et sémiologie

- Bariety j et coll. Sémiologie clinique. Issy-les- Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2009.
- Bariety M, Bonnot R, Bariety J, Moline J. Sémiologie médicale, 7^o édition. Paris : - Masson ; 2003.
- Barral JP, Mercier P. Ostéopathie, diagnostic articulaire et vertébral. Aix en Provence : de Verlaque ; 1992
- Barral JP. Diagnostic thermique manuel. Paris : Maloine ; 1994
- Bastide JM. Ostéopathie et sport. Vannes : Sully ; 2007
- Bogduk N, McGuirk B. Prise en charge des cervicalgies aiguës et chroniques. Une approche fondée sur les preuves. Paris : Elsevier-Masson ; 2008.
- Busquet M et L. Les chaînes physiologiques. Pau : Busquet ; 2008
- Camirand N. Dysfonctions glandulaires et nerveuses, diagnostics et traitements ostéopathiques. Paris : Maloine ; 2009
- Caporossi R. Le système neuro-végétatif et ses troubles fonctionnels. Aix en Provence : De Verlaque ; 1995.
- Chauffour P. Le lien mécanique en ostéopathie. Paris : Sully ; 2009.
- Chauffour P, Prat E. Le lien mécanique ostéopathique, théorie et pratique. Vannes : Sully ; 2003.

- Chauffour P, Prat E, Michaud J : Le lien mécanique ostéopathique, artères et système neuro végétatif. Vannes : Sully ; 2009.
- Chantepie A. Cahier d'ostéopathie. Ostéopathie du sport. Paris. Maloine ; 2009.
- Chantepie A, Perot JF. Diagnostic ostéopathique différentiel dans les situations d'urgence. Cahier d'ostéopathie n 7. Paris : Maloine ; 2012
- Collège national des enseignants de cardiologie. Abrégé de cardiologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier- Masson ; 2010.
- Collège Français des Enseignants de Rhumatologie. Abrégé de rhumatologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier- Masson ; 2008.
- Collège des enseignants de pneumologie. Pneumologie – référentiel national de préparation de l'ECN. Milon-La-Chapelle : S éditions ; 2010.
- Coustet B. Sémiologie médicale. L'apprentissage pratique de l'examen clinique. Bruxelles: de Boeck-Estem ; 2011.
- Croibier A. Diagnostic ostéopathique général. Paris : Elsevier ; 2005.
- De Margerie-Mellon C. Imagerie médicale pratique. Guide méthodologique pour l'externat. Bruxelles: de Boeck-Estem ; 2011.
- Epstein O, Perkin D, De Bono D P, Cookson J. Examen clinique. Bruxelles : De Boeck ; 1994.
- Fischer M, Eriau B. Thrust, sémiologie, imagerie, indications en ostéopathie vertébrale. Paris : Masson ; 2009.
- Garnier M, Contou D. Sémiologie, guide d'observation médico-chirurgicale. Milon-La-Chapelle : S-Editions ; 2009.
- Gauthier M, Rosenbaum D. Cardiologie Cahiers des ECN. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2010.
- Hoppenfeld S. Examen clinique des membres et du rachis (2e éd.). Paris : Elsevier-Masson ; 2009.
- Huteau B, Le Bourdais F, Usureau F. Diagnostic ostéopathique. Crâne et Face. Paris : Maloine ; 2011.
- Huteau B, Usureau O, Le Bourdais F. Diagnostic ostéopathique. Rachis et squelette appendiculaire. Paris : Maloine ; 2009.
- Maigne R. Douleur d'origine vertébrale, comprendre, diagnostiquer et traiter. Issy les Moulineaux : Elsevier- Masson ; 2006.
- Maigne JY. Soulager le mal de dos. Paris : Masson ; 2001.
- Mercier P. Ostéopathie de la cage thoracique. Amsterdam : Elsevier ; 2011.

- Ricard F. Traitement ostéopathique des douleurs d'origine pelvienne, tome I, tome II. Aix en Provence : de Verlaque-Atma ; 1985.
- Ricard F. Médecine ostéopathique et traitement des algies du rachis dorsal. Amsterdam : Elsevier ; 2011.
- Ricard F. Traitement ostéopathique des lombalgies et lombosciatiques par hernie discale. Amsterdam : Elsevier ; 2011.
- Richard Alan Feely. Clinique ostéopathique dans le champ crânien. Paris : Frison Roche ; 2000.
- Willem G. Manuel de posturologie, approche clinique et traitements des pathologies rachidiennes et céphaliques. Paris : Frison-Roche ; 2004.

1.2.17) Quelques Références complémentaires d'ouvrages fondamentaux et de revues

Anatomie, Biomécanique, physiologie articulaire.

- Beauthier JP, Lefevre P, Leurquin F, Bouchet A, Cuilleret J, Milaire J. Traité d'anatomie : de la théorie à la pratique palpatoire. Tome 1 : Membre inférieur, ceinture pelvienne. Bruxelles : De Boeck université ; 1990.
- Beauthier JP, Lefevre P, Leurquin F, Rooze M, Oberlin C. Traité d'anatomie : de la théorie à la pratique palpatoire. Tome 2 : Membre supérieur, ceinture scapulaire. Bruxelles : De Boeck université ; 1991.
- Beauthier JP, Lefevre P, Leurquin F, Rubay J. Traité d'anatomie : de la théorie à la pratique palpatoire. Tome 3 : Tête et tronc, propédeutique viscérale. Bruxelles : De Boeck université ; 1993.
- Bogduk N, McGuirk B. Prise en charge des cervicalgies aiguës et chroniques. Une approche fondée sur les preuves. Paris : Elsevier-Masson ; 2008.
- Bogduk N. Anatomie clinique du rachis lombal et sacré. Paris : Elsevier 2005
- Borley N. Guide d'anatomie clinique de surface. Paris. Maloine. 1999.
- Bouisset S. Biomécanique et physiologie du mouvement. Paris : Masson ; 2002.
- Chevallier J M. Anatomie. Tomes 1 à 4. Paris. Flammarion. 1998.
- Cleland JA, Netter FH, Carter K, Craig J, Machado C, Perkins JA, et al. Examen clinique de l'appareil locomoteur. Tests, évaluation et niveaux de preuve. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2007.

- Drews U. Atlas de poche d'embryologie. Paris. Flammarion. 1994.
- Dufour M, Pillu M, Viel, E. Biomécanique fonctionnelle. Rappels anatomiques, stabilités, mobilités, contraintes : membres-tête-tronc. Paris : Masson ; 2006.
- Dufour M. ; Gillot, C. Anatomie de l'appareil locomoteur. 1 : Membre inférieur. Ostéologie, arthrologie, myologie, neurologie, angiologie, morpho-topographie (2e éd.). Paris : Masson ; 2007.
- Dufour M. Anatomie de l'appareil locomoteur. 2 : Membre supérieur. Ostéologie, arthrologie, myologie, neurologie, angiologie, morpho-topographie (2e éd.). Paris : Masson ; 2007.
- Dufour M. Anatomie de l'appareil locomoteur. 3 : Tête et tronc. Ostéologie, arthrologie, myologie, neurologie, angiologie, morpho-topographie (2e éd.). Paris : Masson ; 2007.
- Edward C. Weber, Joel A.Vilensky| Stephen W.Carmickae. Précis d'Anatomie Clinique en Imagerie Médicale Netter. Elsevier/ Masson ; 2009
- Felten David. Atlas de neurosciences humaines de Netter. Elsevier/ Masson ; 2011.
- Fix J D. Neuro anatomie. Bruxelles. De Boeck Université. 2000.
- Grégoire R, Oberlin S, Oberlin C, Vacher C, Berthelot JL. Précis d'anatomie. Tome II : Texte. Système nerveux central. Organe des sens. Splanchnologie : thorax, abdomen et bassin (11e éd.). Paris : Editions Médicales Internationales ; 2004
- Grégoire R, Oberlin S, Oberlin C, Vacher C, Berthelot JL. Précis d'anatomie. Tome II : Atlas. Système nerveux central. Organe des sens. Splanchnologie : thorax, abdomen et bassin (11e éd.). Paris : Editions Médicales Internationales ; 2004.
- Grégoire R, Oberlin S, Oberlin C, Vacher C, Berthelot JL. Précis d'anatomie. Tome I : Texte. Anatomie des membres. Ostéologie du thorax et du bassin. Anatomie de la tête et du cou (11e éd.). Paris : Editions Médicales Internationales ; 2004.
- Grégoire R, Oberlin S, Oberlin C, Vacher C, Berthelot JL. Précis d'anatomie. Tome I : Atlas. Anatomie des membres. Ostéologie du thorax et du bassin. Anatomie de la tête et du cou (11e éd.). Paris : Editions Médicales Internationales ; 2004.
- Grimshaw P, Burden A. Biomécanique du sport et de l'exercice. Bruxelles : De Boeck ; 2010.
- Hainaut K, Desmedt JE. Introduction à la biomécanique. Bruxelles: Presses universitaires de Bruxelles ; 1971.
- Hoppenfeld S. Examen clinique des membres et du rachis (2e éd.). Paris : Elsevier-Masson ; 2009.

- Idelman S. Endocrinologie : fondements physiologiques. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble ; 1990.
- Kamina P. Anatomie clinique. Tome 1. Anatomie générale, membres (3e éd.). Paris : Maloine ; 2008.
- Kamina P. Anatomie clinique. Tome 2. Tête, cou, dos (3e éd.). Paris : Maloine ; 2008.
- Kamina P. Anatomie clinique. Tome 3. Thorax, abdomen (2e éd.). Paris : Maloine ; 2007.
- Kamina P. Anatomie clinique. Tome 4. Organes urinaires et génitaux, pelvis, coupes du tronc (2e éd.). Paris : Maloine ; 2008.
- Kamina P. Anatomie clinique. Tome 5. Neuroanatomie. Paris : Maloine ; 2008.
- Kapandji IA. Anatomie fonctionnelle. II : Membre inférieur (6e éd.). Paris : Maloine S.A. Editeur ; 2009.
- Kapandji IA. Anatomie fonctionnelle. III : Tête et rachis (6e éd.). Paris : Maloine S.A. Editeur ; 2007.
- Kapandji IA. Physiologie articulaire. 1, Epaule, coude, prono-supination, poignet, main (6e éd.). Paris : Maloine S.A. Editeur ; 2005.
- Kapandji IA. Physiologie articulaire. 2, Membre inférieur : la hanche, le genou, la cheville, le pied, la voûte plantaire (5e éd. rev. et corr.). Paris : Maloine S.A. Editeur ; 2007.
- Kapandji IA. Physiologie articulaire. 3, Tronc et rachis : rachis, ceinture pelvienne, rachis lombal, rachis dorsal, rachis cervical (6e éd.). Paris : Maloine S.A. Editeur ; 2007.
- Klein P, Sommerfeld P, Meddeb G. Biomécanique des membres inférieurs. Bases et concepts, bassin, membres inférieurs. Paris : Elsevier ; 2008.
- Larry R. Cochard. Atlas d'embryologie humaine de Netter. Elsevier/ Masson; 2003.
- Moore K L, Dalley A F, Dhem A, Milaire J. Anatomie médicale aspects fondamentaux et applications cliniques. Bruxelles : De Boeck ; 2006.
- Neil.R. Borley. Guide d'anatomie clinique de surface. Paris. Maloine. 1999.
- Netter F H. Atlas d'anatomie humaine de Netter. Elsevier/ Masson; 2011.
- Sobotta J, Putz RV, Pabst R, Putz R. Atlas Sobotta d'anatomie humaine. 2 : Tronc, viscères, membre inférieur (4e éd. française). Paris : Technique et Documentation ; 2000.
- Sobotta J, Putz RV, Pabst R, Putz R. Atlas Sobotta d'anatomie humaine. 1 : Tête, cou, membre supérieur (4e éd. française). Paris : Technique et Documentation ; 2000.

- Thompson CW. Initiation à l'anatomie du mouvement. Paris : Vigot ; 1993.
- Thompson JC, Netter FH. Précis d'anatomie clinique d'orthopédie - Netter. Paris : Elsevier-Masson ; 2008.
- Tixa S. Atlas d'anatomie palpatoire du cou, du tronc du membre supérieur. Paris : Masson ; 1999.
- Tixa S. Atlas d'anatomie palpatoire du membre inférieur. Fribourg (Suisse) : Masson ; 2001.
- Tixa S. Atlas d'anatomie palpatoire. Tome 1 : Cou, tronc, membre supérieur. Investigation manuelle de surface (3e éd.). Paris : Masson ; 2005.
- Tixa S. Atlas d'anatomie palpatoire. Tome 2 : Membre inférieur. Investigation manuelle de surface (3e éd.). Paris : Masson ; 2005.
- Waugh A, Grant A. Ross et Wilson, anatomie et physiologie normales et pathologiques. Paris : Maloine ; 2003.

Sémiologie

- Amiel-Tison C. L'enfant nouveau-né. Un cerveau pour la vie. Paris : Inserm ; 1995.
- Arrivé L, Brunereau, Tubiana, Zeitoun. Guide de sémiologie en scanner. Issy les Moulinaux : Elsevier-Masson ; 2001.
- Arrivé L. Scanner pratique. Issy les Moulinaux : Elsevier-Masson ; 2009
- Bariéty J. Sémiologie clinique. Issy les Moulinaux : Elsevier-Masson ; 2009.
- Cofer. Rhumatologie. Collection abrégés connaissances et pratique rhumatologie.
- Cachan : Médecine sciences publications / Lavoisier ; 2011.
- Collège des enseignants de pneumologie. Pneumologie – référentiel national de préparation de l'ECN. Milon-La-Chapelle : S éditions ; 2010.
- Collège Français des Enseignants de Rhumatologie. Abrégé de rhumatologie. Issy-les-Moulinaux: Eds Elsevier- Masson ; 2008.
- Collège national des enseignants de cardiologie. Abrégé de cardiologie. Issy-les-Moulinaux : Eds Elsevier- Masson ; 2010.
- Coustet B. Sémiologie médicale : apprentissage pratique de l'examen clinique. Bruxelles : De Boeck ; 2008.
- Coustet B. Sémiologie médicale. L'apprentissage pratique de l'examen clinique. Bruxelles: de Boeck-Estem ; 2011.

- Garnier M. Sémiologie ; guide d'observation médico-chirurgicale. Paris : Medxls ; 2007.
- Genin G. Les syndromes en médecine clinique. Clinique, biologie, imagerie. Montpellier : Sauramps médical ; 2005.
- Gold.F, Blond M H, Lionnet C, Mongolfier I. Pédiatrie en maternité. Paris : Masson ; 2009.
- Laterre C. Sémiologie des maladies nerveuses. Bruxelles : De Boeck ; 2008.
- Marty M, Rozenberg S. Le rachis thoracique : ce méconnu. Montpellier : Sauramps médical ; 2012.
- Munro J F, Campbell I W. Sémiologie Clinique. Traduit de Macleod ; clinical examination. Paris : Vigot ; 2001.
- Renaud.MC. Sémiologie et observation médicale. Vincennes Médistrophe. 2006.
- Vidal Cathala E. 120 diagnostics à ne pas manquer. Issy les Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2009.
- Waldman S. Pathologies musculosquelettiques douloureuses. Issy les Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2012.

Physiologie

- Poortmans JR, Boisseau N. Biochimie des activités physiques et sportives. Bruxelles : De Boeck ; 2009.
- Rowland TW, Pradel S, Poortmans JR. Physiologie de l'exercice chez l'enfant. Bruxelles : De Boeck ; 2010. .
- Wilmore JH, Costill DL. Physiologie du sport et de l'exercice (4e éd). Bruxelles : De Boeck ; 2009.

Nutrition

- AFSA, CNERNA, CNRS, Martin A. Nutrition et santé. Apports nutritionnels conseillés pour la population française. Cachan : Tec et Doc ; 2001.
- Guérineau B. Les secrets de la micronutrition. Paris : Albin Michel ; 2010.
- Riché D, Chos D. Micronutrition, santé et performance. Bruxelles : de Boeck ; 2008.

Revues spécifiques à l'ostéopathie.

- Journal of the American Osteopathic Association.
- International Journal of Osteopathic Medicine
- Complementary therapies in clinical practice
- American Journal of obstetrics and Gynecology
- Deux revues internationales dédiées à l'ostéopathie sont actuellement indexées dans Medline :
- The journal of the American Osteopathic Association.
- «International journal of osteopathic medicine » (Elsevier)

Revues traitant des problématiques ostéopathiques:

- Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics
- Physiotherapy theory practice
- Physiotherapy research
- Canadian Medical Association Journal
- La revue de Médecine Manuelle Ostéopathique
- Osteopathic medicine and primary care
- BMC complementary and alternative medicine,
- Journal of bodywork and movement therapies
- Physiotherapy

Au niveau national, trois revues ostéopathiques scientifiques sont publiées :

- Ostéo, la revue : <http://www.osteo-larevue.com/olr/index.php>. Née en 1990,
- Apostill : <http://academie-osteopathie.fr/> . Née en 1998,
- La Revue de l'Ostéopathie : www.larevuedelosteopathie.com . Née en 2011.

Ainsi que trois revues professionnelles :

- L'Ostéopathe Magazine : <http://www.losteopathe.fr/> . Née en 2009,

- Référence ostéopathie : <http://referenceosteopathie.fr/> . Née en 2009,
- La revue de Médecine Manuelle Ostéopathique. Née en 2001.

Autres sources moins spécifiques :

- Family Practice
- Spine
- Archives of disease in childhood
- American journal of obstetrics and gynecology
- Archives of pediatrics & adolescent medicine
- Official journal of American academy of pédiatrics.
- British Medical Journal
- Lancet
- New England Journal of Medicine.....