



Analyse socio-économique de la démographie de l'ostéopathie en France

**Le paradoxe de l'ostéopathie française :
une profession en sureffectif malgré une forte
demande et des besoins massifs non couverts**

Pierre-Adrien LIOT – Secrétaire général – 27 janvier 2026



L'ostéopathie française est-elle victime de son succès ?

Si tel est le cas, qui en supporte aujourd'hui les conséquences : les patient-es, les professionnel·les en exercice, les étudiant·es ?

En avril 2022, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) pointait, dans l'un de ses rapports ¹, une situation préoccupante au regard de « l'augmentation incontrôlée de la démographie » et des « difficultés d'insertion professionnelle » rencontrées par les ostéopathes.

Dans ce rapport, l'IGAS constate « une réalité sociale et démographique préoccupante » et recommande une **réduction des capacités de formation**, afin de ralentir la dynamique de délivrance du titre.

L'IGAS observe également une **paupérisation significative** des ostéopathes et conclut que :

« Cette paupérisation de la profession est un marqueur fort d'une surdensité. La hausse de la démographie des ostéopathes ne pourra qu'aggraver cette situation et plaide pour une régulation de la démographie. »

Le succès de l'ostéopathie en France a eu pour conséquence directe une **forte attractivité**, suscitant de nombreuses vocations parmi les candidats au titre. Si le nombre d'ostéopathes augmente, il convient toutefois de souligner que **la demande de soins ostéopathiques progresse également**. Cette dynamique pose une question centrale : **comment déterminer les besoins réels de la population en ostéopathie et identifier le seuil à partir duquel la profession entre dans une situation de saturation démographique ?**

L'enjeu n'est donc pas de nier l'utilité sociale de l'ostéopathie, mais d'en objectiver les conditions de développement soutenable.

La profession d'ostéopathe traverse aujourd'hui une **crise structurelle sans précédent**, résultant d'un désajustement progressif entre la dynamique de formation, l'organisation de l'offre de soins et les conditions réelles d'exercice. Cette situation intervient pourtant dans un contexte où l'ostéopathie est durablement installée dans les pratiques de soins du grand public, avec **des niveaux élevés de confiance et de satisfaction des usagers**.

Le modèle économique de l'ostéopathie française a permis le développement d'une offre de soins de première intention, individualisée et accessible rapidement sur l'ensemble du territoire. En parallèle, ce même modèle a favorisé une croissance continue et insuffisamment régulée des effectifs, alimentée par un maillage dense d'établissements de formation sur l'ensemble du territoire national. Ce décalage interroge aujourd'hui la **soutenabilité économique, sociale et sanitaire** du système ainsi constitué.

¹ [Evaluation de la procédure d'agrément et des capacités d'accueil des établissements de formation en ostéopathie et en chiropraxie et propositions d'évolution | Igas – consulté le 22/10/2026](#)



Faute de pilotage global et d'articulation avec les besoins territoriaux réels, ce paradoxe constitue désormais **l'un des principaux défis socio-économiques de la profession**.

Le modèle qui a permis de rendre l'ostéopathie accessible partout, rapidement et sans reste à charge pour la collectivité montre aujourd'hui ses limites. L'absence de régulation de la démographie professionnelle et de pilotage stratégique de la formation a conduit à une situation paradoxale : **une abondance de praticiens dans un contexte de besoins de santé encore largement non couverts**.

Cette contradiction appelle désormais une **réflexion collective** et des **choix politiques assumés**.

Quelques chiffres clés illustrant ce paradoxe²

85% des Français ont une image positive de la profession d'ostéopathe

90% estiment que les soins ostéopathiques sont efficaces

92% sont satisfaits ou très satisfaits de soins qu'ils ont reçus

86% déclarent avoir confiance dans leur praticien·ne

55% des Français·es ont déjà consulté un jour un·e ostéopathe

47 412 ostéopathes inscrit·es au RPPS en janvier 2024

Dont environ **30 122** ostéopathes en activité en 2024

Environ **2 000** nouveaux diplômé·es chaque année

61,4 % d'ostéopathes exclusif·ves

38,6 % des ostéopathes sont également professionnel·les de santé

31 établissements de formation agréés par le ministère de la Santé

Des établissements de formation présents dans **9 régions**

Un capacité d'accueil de **11 653** étudiant·es à la rentrée 2025

² Sources:

- Sondage IFOP 2016 <https://osteofrance.com/perch/resources/publications/sondageifop2016.pdf> ;

- Sondage Harris 2019 <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/11/Rapport-Harris-Etude-sur-les-Francais-et-les-medecines-douces-Santeclair.pdf> ;

- Sondage Odoxa 2023 <https://www.odoxa.fr/sondage/les-francais-et-les-therapies-alternatives/> ;

- Sondage Odoxa 2024 <https://www.ecole-osteopathie-paris.fr/app/uploads/sites/11/2024/07/odoxa-pour-upo-les-francais-et-losteopathie-juin-2024-1.pdf> ;

- Démographie 2024 – Répartition territoriale, chiffres clés et analyse <https://publications.osteopathes.pro/ref/OP-UW241K-9>



Pourtant...

Revenu mensuel moyen : 1 987 € en 2024, soit –10 % en dix ans

Les 25 % d'ostéopathes les plus aisés perçoivent en moyenne **3 300 € par mois**

Les 25 % les moins rémunérés perçoivent en moyenne **794 € par mois**

Ce déséquilibre ne constitue pas uniquement une problématique professionnelle ; il interroge plus largement l'organisation de l'accès aux soins et l'efficacité globale du système de santé.

La question à laquelle nous devons répondre, préalablement à toute proposition de régulation démographique, est la suivante :

- **À partir de quel seuil** le nombre d'ostéopathes peut-il être considéré comme excessif au regard des besoins ?
- Finalement, **combien d'ostéopathes sont nécessaires** pour couvrir l'ensemble des besoins de la population française ?
- Mais surtout, **comment concilier** l'accès aux soins, le libre choix des praticiens et des conditions d'exercice épanouissantes pour tous ?

Ce rapport vise à objectiver les ressorts de cette situation, à en mesurer les effets socio-économiques et à proposer des pistes de structuration durable de la profession. Il repose sur une modélisation fondée sur des données publiques, des enquêtes et des hypothèses explicitement formulées. Il distingue le marché solvable de l'ostéopathie, les besoins sanitaires théoriques de la population et les besoins effectivement accessibles selon les modalités de financement.

Les résultats présentés constituent des ordres de grandeur destinés à éclairer les dynamiques structurelles, et non des valeurs absolues.

Ils s'appuient sur des hypothèses simplificatrices, rendues nécessaires par l'absence de données nationales exhaustives sur l'activité réelle des ostéopathes.



Chapitre 1 – Démographie et seuil de soutenabilité économique de l'ostéopathie

Déterminer les seuils d'équilibre démographique à modèle économique constant

L'objectif de ce chapitre est de **déterminer le nombre théorique d'ostéopathes exerçant à temps plein** compatible avec le **modèle économique actuel de l'ostéopathie française**, sans modification des règles de financement, de tarification ou d'organisation des soins.

Il ne s'agit pas, à ce stade, de proposer une réforme du modèle existant, mais bien d'en **tester les limites démographiques internes**, en posant un cadre de référence stable permettant d'objectiver la notion de seuil de soutenabilité.

L'ostéopathie s'inscrit en France dans un modèle économique singulier au sein du champ sanitaire en tant que profession libérale non-conventionnée par l'assurance maladie obligatoire.

Cependant, les ostéopathes réalisent des **prestations de soins au sens du Code général des impôts**³, leurs actes sont donc exonérés de TVA, au même titre que les professions de santé réglementées et peuvent être couverts par l'assurance maladie complémentaire (complémentaires santé et mutuelles).

La prise en charge financière repose donc quasi exclusivement sur :

- le **paiement direct par les patient-es**,
- ou, de manière indirecte, sur une **prise en charge facultative par les organismes complémentaires**, avec une couverture **hétérogène selon les contrats**.

Dans les faits, l'ostéopathie constitue une **thérapie manuelle majoritairement autofinancée par les usagers**. Les organismes complémentaires jouent néanmoins un rôle significatif, notamment à travers les contrats dits *solidaires et responsables*, dont le budget alloué aux médecines complémentaires est estimé à environ **1 milliard d'euros par an**⁴, l'ostéopathie représentant la part principale de ces dépenses.

Par ailleurs :

- l'accès à l'ostéopathie **ne nécessite pas de prescription médicale**,
- il n'existe **pas de recommandation médicale systématique**,
- et les interactions avec le reste du parcours de soins restent limitées et peu structurées.

³ <https://bofip.impots.gouv.fr/bofip/1139-PGP.html/identifiant=B0I-TVA-CHAMP-30-10-20-10-20250409> - consulté le 22/10/2026

⁴ Rapport du Sénat 2023/2024 <https://www.senat.fr/rap/r23-770/r23-7701.pdf> - consulté le 22/10/2026



Ce modèle confère à l'ostéopathie une **grande accessibilité**, mais également une **forte dépendance à la solvabilité individuelle des patient-es**.

L'activité des ostéopathes est ainsi étroitement dépendante de l'économie réelle et des variations du pouvoir d'achat des patient-es.

Afin de disposer d'un cadre d'analyse homogène et reproductible, il est nécessaire de poser un certain nombre d'hypothèses tarifaires et organisationnelles communes à l'ensemble des raisonnements démographiques présentés dans ce chapitre.

Dans le cadre du modèle économique actuel, le **tarif moyen d'une consultation d'ostéopathie** est fixé à **60 euros**⁵.

Ce tarif correspond à une moyenne observée des pratiques, intégrant des variations territoriales et des différences de positionnement, sans prétendre à une uniformité des prix.

La **durée moyenne d'une consultation** est estimée à **45 minutes**, incluant le temps de prise en charge clinique du patient ou de la patiente. L'activité annuelle est calculée sur la base de **47 semaines travaillées par an**, intégrant les périodes de congés, de formation continue et les aléas inhérents à l'exercice libéral.

Un ostéopathe est considéré comme exerçant à **temps plein** lorsqu'il consacre **35 heures hebdomadaires** à son activité professionnelle. Ce temps de travail est réparti de la manière suivante :

- 70 % du **temps dédié à l'activité professionnelle** (principalement les consultations), dont :
 - 20 minutes de **pause** après 6 heures de travail (alignement théorique sur la base du Code du travail) - soit 2 heures par semaine,
 - 3 heures et 45 minutes consacrées à des missions de **représentation extérieure**.
- 30 % du **temps consacré aux activités non cliniques** (gestion administrative, organisation du cabinet, formation, communication, coordination).

Sur la base de ces hypothèses, un ostéopathe exerçant à temps plein réalise **1 175 consultations par an, soit 25 consultations par semaine ouverte**.

Appliqué au tarif moyen retenu, ce volume d'activité correspond à un **chiffre d'affaires annuel de 70 500 euros** pour un ostéopathe à temps plein.

⁵ <https://publications.osteopathes.pro/ref/OP-UW241K-9> - consulté le 22/10/2026



En retenant une hypothèse de **charges professionnelles moyennes de 59 %** (d'après l'UNASA), correspondant à un exercice libéral au régime réel (charges sociales, fiscales et frais de fonctionnement), le **revenu net imposable annuel** est estimé à **28 905 euros**, soit environ **2 410 euros net par mois**.

Ce niveau de revenu constitue un **repère économique** permettant d'apprécier la soutenabilité du modèle, au regard :

- du niveau de qualification requis (formation de niveau Bac +5),
- de la durée hebdomadaire de travail,
- et des contraintes spécifiques à l'exercice libéral.

Qu'en est-il, dans les faits, à l'heure actuelle ?

En 2024, l'UNASA estime le chiffre d'affaires moyen des ostéopathes à **58 649 euros**. Cela correspond à environ 21 consultations par semaine travaillée, soit près de **30 heures de temps de travail hebdomadaire**. Actuellement, on peut considérer qu'en moyenne, il existe déjà un réservoir d'environ **5 heures de travail par semaine pour chaque ostéopathe**.

Nous considérons qu'il s'agit là d'un premier indicateur révélant un symptôme de saturation du marché professionnel.

Le modèle ainsi défini de l'ostéopathe à temps plein constitue un **profil de référence théorique**, destiné à fixer un **standard minimal de viabilité économique**. Il ne s'agit ni d'une moyenne observée, ni d'un objectif normatif, mais d'un **outil méthodologique** permettant de comparer les différents scénarios démographiques sur une base commune.

Ce cadre met en évidence un point central : l'activité des ostéopathes est directement connectée à l'économie réelle et exposée aux fluctuations du pouvoir d'achat des patient-es.

Dans un modèle majoritairement autofinancé, toute variation de la demande, du reste à charge ou du contexte économique général a un **impact immédiat sur l'équilibre économique individuel des praticiens**, et par extension sur la soutenabilité collective du système.

Sur la base de ce modèle économique constant et de ce profil de référence, il devient possible d'examiner, selon plusieurs approches complémentaires, **le nombre théorique d'ostéopathes exerçant à temps plein que le système peut absorber durablement**.



Hypothèse n°1 – Détermination du seuil démographique à partir de la taille du marché de l'ostéopathie

Afin d'estimer le nombre théorique d'ostéopathes pouvant exercer à temps plein dans le cadre du modèle économique actuel, une première approche consiste à raisonner **à partir de la taille globale du marché de l'ostéopathie**.

Pour ce faire, nous retenons une formule volontairement simple, visant à transformer la valeur économique globale du marché **en volume de consultations**, puis en **équivalents temps plein**.

Voici la formule utilisée:

$$\left(\frac{\text{Chiffre d'affaires moyen triennal} \times \text{Nombre d'ostéopathes}}{\text{Prix moyen de la consultation}} \right) \div \text{Nombre de consultations annuelles (Temps Plein)}$$

Hypothèses utilisées:

- Chiffre d'affaires annuel moyen triennal par ostéopathe: **58 583 €**
- Nombre d'ostéopathes actifs: **30 122**
- Prix moyen d'une consultation: **60 €**
- Nombre de consultations annuelles pour un ostéopathe à temps plein: **1 175**

Résultat :

$$\left(\frac{58583\text{€} \times 30122}{60\text{€}} \right) \div 1175 = 25030$$

Le marché actuel de l'ostéopathie permettrait théoriquement de faire vivre environ 25 030 ostéopathes ETP (Équivalents Temps Plein).



Hypothèse n°2 – Détermination du seuil démographique à partir du taux de recours de la population

Une seconde approche consiste à estimer le nombre théorique d'ostéopathes exerçant à temps plein **à partir du taux de recours de la population française aux soins ostéopathiques.**

Cette méthode repose sur l'idée que le volume global de consultations est directement déterminé par:

- la taille de la population,
- la proportion de personnes ayant recours à l'ostéopathie,
- et le nombre moyen de consultations par patient-e et par an.

Soit la formule suivante:

$$\frac{\text{Population française} \times \text{Taux de recours} \times \text{Nb moyen de consultations par patient}}{\text{Nombre de consultations annuelles (Temps Plein)}}$$

Hypothèses utilisées:

- Population française (2025): **68,6 millions d'habitants**
- Taux de recours annuel à l'ostéopathie (Odoxa 2024): **26 %**
- Nombre moyen de consultations par patient-e et par an: **1,5**
- Nombre de consultations annuelles pour un ostéopathe à temps plein: **1 175**

Résultat :

$$\frac{68,6 \text{ millions} \times 26\% \times 1,5}{1175} = 22769$$

Sur la base du taux de recours observé, le système actuel permettrait théoriquement de faire vivre environ 22 769 ostéopathes (Équivalents Temps Plein).



Hypothèse 3 – Détermination du seuil démographique des ostéopathes à partir du profil sociologique et de la capacité financière des patient-es

Cette hypothèse repose sur un postulat : **le recours à l'ostéopathie est socialement différencié et financièrement contraint**, car il s'agit d'un soin majoritairement non remboursé par l'Assurance maladie obligatoire.

Dès lors, l'évaluation du nombre soutenable d'ostéopathes ne peut se limiter à une approche démographique brute ou à une logique de besoin théorique de soins.

Elle doit intégrer :

- la **capacité financière réelle des patient-es**,
- la **répartition sociologique de la population**,
- et le **recours effectif observé** à l'ostéopathie.

Cette hypothèse vise donc à estimer le volume annuel réaliste de consultations d'ostéopathie, puis à en déduire un **seuil démographique soutenable** pour la profession.

Les données issues des sondages réalisés par l'IFOP (2016), ODOXA (2019, 2023, 2024) ou Harris (2019) et les données INSEE apportent plusieurs enseignements structurants.

Environ 55 % des Français déclarent avoir déjà consulté un ostéopathe au moins une fois dans leur vie.

42 % déclarent avoir consulté un ostéopathe au cours des trois dernières années.

Environ **40 %** n'ont jamais consulté en ostéopathie.

1 à 4 consultations pour solutionner un besoin, par patient-e.

Les différents sondages mettent en évidence un **gradient social clair** dans le recours à l'ostéopathie. Le sondage IFOP de 2016 permet d'avoir le détail par tranche de revenus sur le recours à l'ostéopathie:

- Catégories pauvres: **37%**
- Catégories modestes: **48%**
- Classes moyennes inférieures: **51 %**
- Classes moyennes supérieures: **52%**
- Catégories aisées: **45%**
- Hauts revenus: **53%**

Afin de traduire ces enseignements en volumes quantifiables, la population française est répartie selon **les déciles de niveau de vie définis par l'INSEE**.

Principe des déciles

- La population est classée par niveau de vie, du plus faible au plus élevé.
- Elle est ensuite divisée en **10 groupes égaux**, appelés déciles.
- **Chaque décile représente 10 % de la population**, soit environ **6,86 millions de personnes** (base INSEE 2025 : 68,606 millions d'habitants).

Pour cette hypothèse, nous retenons une estimation prudente fondée sur une consultation annuelle par patient-e, indépendamment de son niveau social, afin de déterminer le volume annuel de consultations.

Catégorie socio-économique	Décile INSEE	Population (millions)	% ayant consulté sur 3 ans (IFOP 2016)	Consultations annuelles estimées
Population sous le seuil de pauvreté	D1	6,86	37 %	2,54
Classes populaires	D2-D3	13,72	48 %	6,59
Classes moyennes inférieures	D4-D5	13,72	51 %	7,00
Classes moyennes supérieures	D6-D7	13,72	52 %	7,13
Classes aisées	D8	6,86	45 %	3,09
Hauts revenus	D9-D10	13,72	53 %	7,27
Total	–	68,61	~47%	33,6



Ainsi, le volume annuel total de consultations d'ostéopathie est estimé à **environ 33,6 millions d'actes par an**.

$$\text{Nombre d'ostéopathes soutenable} = \frac{\text{Nombre annuel de consultations}}{\text{Consultations annuelles par ostéopathe (Temps Plein)}}$$

Soit après calcul :

$$\frac{33600000}{1175} \approx 28600$$

Hypothèses utilisées:

- des données de recours issues du sondage IFOP,
- de la répartition socio-économique de la population selon les déciles INSEE,
- et d'une hypothèse prudente de fréquence de consultation.

Le seuil démographique soutenable pour la profession d'ostéopathe en France peut être estimé à environ 28 600 ostéopathes exerçant à temps plein.

Conclusion

Les différentes hypothèses développées dans ce premier chapitre permettent d'éclairer, sous des angles complémentaires, la question centrale de la soutenabilité démographique de la profession d'ostéopathe en France.

Qu'il s'agisse d'approches fondées sur **les besoins de santé, les volumes de consultations observables, les capacités d'exercice à temps plein ou encore le profil sociologique et la solvabilité des patient-es**, l'ensemble des méthodes convergent vers un même constat: **le marché de l'ostéopathie présente des limites structurelles objectivables.**

Si les résultats varient selon les hypothèses retenues, ils dessinent tous une **fourchette resserrée de soutenabilité entre 22 000 et 29 000 ostéopathes ETP**, incompatible avec une croissance démographique non régulée. Cette convergence renforce la robustesse des résultats et limite le risque d'un biais méthodologique lié à une approche isolée.

L'hypothèse intégrant explicitement la répartition sociologique de la population et la capacité financière des patients (hypothèse 3) apparaît comme la plus prudente et la plus réaliste dans un contexte où l'ostéopathie demeure majoritairement un soin non remboursé. Elle met en évidence un plafond démographique conditionné non pas par le besoin théorique de soins, mais par le **recours effectif et solvable.**

Ainsi, ce premier chapitre pose un socle analytique solide, indispensable à toute réflexion prospective sur la régulation de la démographie, les conditions d'exercice et l'évolution du modèle économique de la profession. Les chapitres suivants permettront d'interroger ces résultats à l'aune d'une lecture *critique, juridique et politique.*

Hypothèse	Méthode de calcul (résumé)	Nombre d'ostéopathes ETP
Hypothèse 1	Approche basée sur le volume global de consultations théorique	25 030
Hypothèse 2	Approche fondée sur la capacité moyenne d'exercice à temps plein	22 769
Hypothèse 3	Approche sociologique INSEE x IFOP (capacité financière des patient-es)	28 600

En l'état actuel du modèle économique, quels que soient les scénarios analysés, il apparaît que le seuil de soutenabilité économique est d'ores et déjà franchi.



La profession compte aujourd’hui **plus de 30 000 ostéopathes sur le marché du travail**, tandis qu’environ **10 000 étudiants sont encore en cours de formation**, ce qui entretient une dynamique de croissance démographique soutenue dans un **marché désormais arrivé à saturation**.



Chapitre 2 – Besoins de santé et usages de l’ostéopathie

Identifier les besoins réels de la population et des personnes précaires

L’ostéopathie occupe aujourd’hui une place singulière dans le paysage de la santé en France. Elle n’est ni marginale, ni alternative, mais s’**inscrit dans les usages quotidiens** d’une part croissante de la population en première intention, en complémentarité avec les autres soins lorsque l’évolution des symptômes l’exige.

Comme vu dans le chapitre 1, les enquêtes disponibles montrent que **plus d’un Français sur deux a déjà eu recours à l’ostéopathie dans sa vie**, et qu’une proportion significative y recourt de manière régulière.

Cette demande ne relève pas d’un effet de mode ou encore du bien-être, mais **répond à des besoins de santé, comme le référentiel métier l’indique**.⁶

Les principaux motifs de consultation concernent :

- Les troubles musculo-squelettiques (lombalgies, cervicalgies, dorsalgies) aiguës,
- Les douleurs chroniques ;
- Certains troubles digestifs fonctionnels ;
- Certaines céphalées cervico-géniques ;
- L’accompagnement de la grossesse et du post-partum ;
- La pédiatrie.

Ces motifs correspondent à des **pathologies de masse**, fortement prévalentes et avec un impact sociétal majeur⁷.

Dans ce chapitre, notre but est d’estimer le **nombre de consultations nécessaires par an pour couvrir les besoins de la population française**. Grâce à de nombreuses sources, il est possible d’estimer le nombre de consultations par type de pathologies et, *in fine*, le nombre total de consultations nécessaires.

⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/osteopathie_arrete_121214_annexe_1_referentiel_activites_compétences.pdf - consulté le 22/10/2026

⁷ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25184204/> ; <https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2015/08/Etude-MOST.pdf> - consultés le 22/10/2026



Douleur chronique

La douleur constitue en France un **problème de santé publique majeur**, à la fois par sa **prévalence élevée**, son **impact fonctionnel et socio-économique**, et la **complexité de sa prise en charge**. Les données disponibles montrent que **92 % des Français** ont souffert d'une douleur aiguë ou persistante au cours des douze derniers mois, avec une persistance des symptômes chez **plus d'un-e patient-e sur deux**, principalement sous forme de **lombalgies (67 %) et de céphalées (62 %)**. Près de **30 % de la population** souffre de douleurs chroniques, dont **20 % de formes sévères**, avec une prévalence croissante avec l'âge et des conséquences lourdes en termes de perte d'autonomie, de qualité de vie et de santé mentale.

La douleur chronique génère une **consommation importante de soins**, des **arrêts de travail cinq fois plus fréquents** que dans la population générale, touchant **45 % des patient-es** pour une durée cumulée moyenne supérieure à **quatre mois par an**, ainsi qu'un risque accru d'hospitalisation et d'invalidité. Les **lombalgies**, qui concernent près de **28 millions d'assurés sociaux**, illustrent particulièrement ce phénomène: si seules **7 à 10 %** évoluent vers la chronicité, elles concentrent **jusqu'à 80 % des coûts** de prise en charge, notamment en lien avec la pénibilité au travail. À ces situations s'ajoutent les **douleurs chroniques post-chirurgicales**, touchant **5 à 30 %** des patient-es opérés et représentant près de **20 % des consultations** des centres spécialisés, ainsi que les douleurs insuffisamment dépistées chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou neurodéveloppementaux.

L'ensemble de ces éléments, reconnus juridiquement par le **droit fondamental au soulagement de la douleur** inscrit dans le Code de la santé publique, souligne l'existence de **besoins massifs, durables et insuffisamment couverts**, appelant une mobilisation élargie et coordonnée des ressources de soins disponibles⁸.

⁸ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre_Blanc_Douleur_Chronique_AFVD_FIBROMYALGIE_FRANCE_env_270415.pdf - consulté le 22/10/2026

Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)

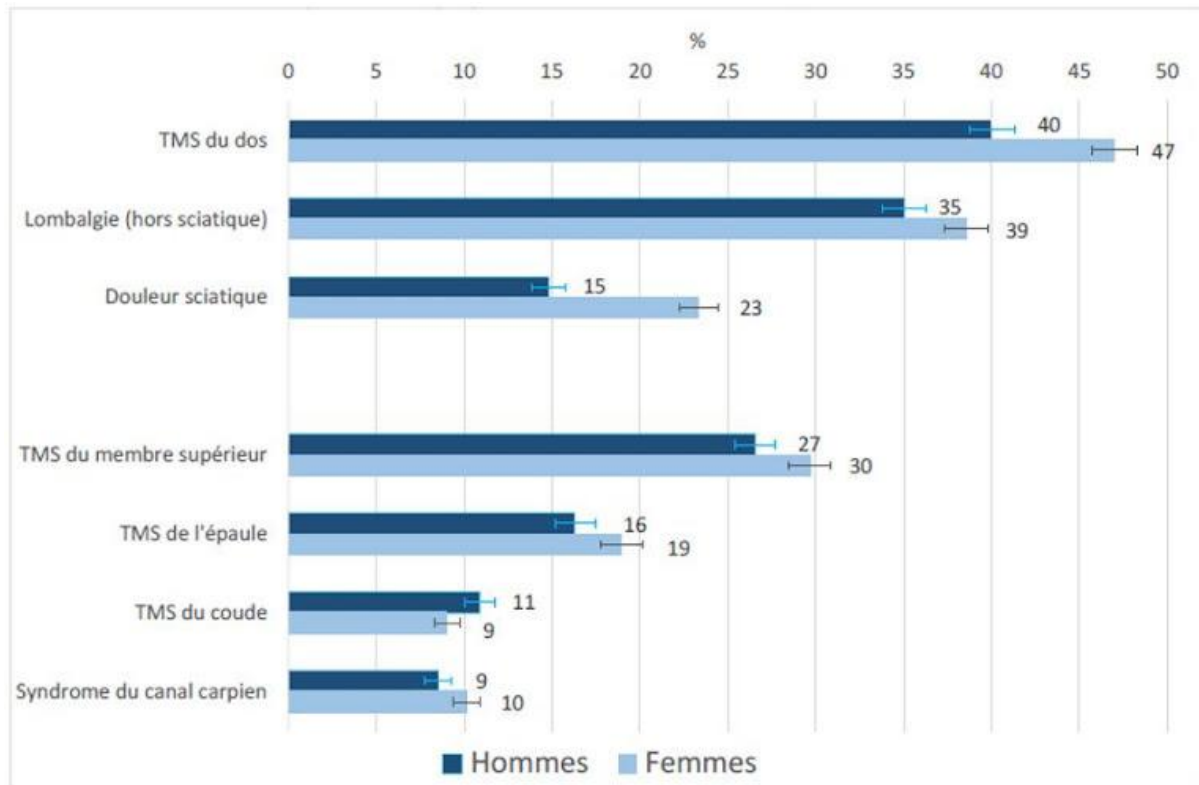


Figure – Prévalence des TMS du dos et des TMS du membre supérieur au cours des 12 derniers mois (et intervalle de confiance à 95%) dans la population des 18-64 ans, au total et selon la localisation, par sexe⁹

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent en France un **enjeu majeur de santé publique et de santé au travail**, représentant la **première cause de morbidité liée au travail** et **88 % des maladies professionnelles reconnues** par le régime général, soit **44 492 cas indemnisés en 2019**. Les données épidémiologiques issues du **Baromètre Santé 2021** de Santé publique France confirment l'ampleur de ce phénomène en population générale, avec **58 % des femmes** et **51 % des hommes** âgés de 18 à 64 ans déclarant des douleurs liées aux TMS du dos ou du membre supérieur au cours des douze derniers mois.

Les TMS du dos concernent **47 % des femmes** et **40 % des hommes**, tandis que ceux du membre supérieur touchent respectivement **30 %** et **27 %**, avec une prévalence croissante avec l'âge. Chez les actifs occupés, ces proportions sont encore plus élevées (**60 % des femmes** et **54 % des hommes**), illustrant l'impact direct des contraintes professionnelles. Les **lombalgies hors**

⁹ <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/633853/4315094?version=1> - - consulté le 22/10/2026



sciatiques et les **TMS de l'épaule** figurent parmi les atteintes les plus fréquemment déclarées. Par ailleurs, en 2022, les interventions chirurgicales pour **syndrome du canal carpien** ont concerné **124 011 personnes** et celles pour **hernie discale lombaire** **20 971 personnes**, avec des taux d'incidence plus élevés chez les populations en âge de travailler et des disparités selon le sexe.

L'ensemble de ces données issues d'une surveillance épidémiologique multi-sources met en évidence **le poids structurel des TMS**, leur lien étroit avec les conditions de travail et la nécessité de renforcer les stratégies de prévention, de prise en charge précoce et de réponses adaptées aux besoins de la population active¹⁰.

Les troubles digestifs fonctionnels

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un **trouble digestif chronique fréquent**, évoluant par poussées, dont la **prévalence est estimée entre 5 et 10 %** de la population, avec une **prédominance chez les femmes de moins de 50 ans**.

Bien que considéré comme bénin sur le plan organique et ne nécessitant pas, en l'absence de signes d'alarme, d'examens complémentaires ni de recours spécialisé, le SII peut entraîner un **retentissement fonctionnel, social et professionnel important**, principalement en raison de **douleurs abdominales récurrentes**.

Sa physiopathologie, multifactorielle et encore imparfaitement comprise, implique notamment une **hypersensibilité viscérale**, difficile à objectiver en pratique courante. La prise en charge repose avant tout sur une **approche globale et personnalisée**, visant non pas la disparition complète des symptômes, mais leur **réduction à un niveau compatible avec une qualité de vie acceptable**, par l'association de mesures hygiéno-diététiques adaptées, d'activité physique régulière et, en cas d'échec, de traitements symptomatiques dont l'efficacité reste souvent limitée.

Les deux-tiers des patient-es identifient un lien entre alimentation et symptômes, sans qu'un régime universel ne puisse être recommandé, exposant par ailleurs au risque de **restrictions excessives et de carences**. Les options médicamenteuses et dites alternatives offrent des bénéfices modestes ou inconstants, à l'exception de l'hypnose dans certaines situations, tandis que le stress et les infections intestinales aiguës peuvent jouer un rôle déclenchant ou aggravant sans en constituer l'unique déterminant.

Le SII illustre ainsi une **pathologie chronique fréquente, peu grave sur le plan vital mais fortement invalidante**, pour laquelle les réponses thérapeutiques demeurent souvent **insuffisantes**, justifiant

¹⁰ <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/troubles-musculo-squelettiques-en-france-ou-en-est-on> - - consulté le 22/10/2026

une attention particulière dans l'analyse des besoins de santé non couverts, notamment en matière de prise en charge de la douleur et des troubles fonctionnels¹¹.

Les céphalées

Les céphalées cervicogéniques constituent une **entité clinique désormais reconnue** et clarifiée par les classifications internationales des céphalées, qui les distinguent aujourd'hui des céphalées primaires telles que la migraine ou les céphalées de tension.

Leur physiopathologie est **multifactorielle**, impliquant des mécanismes de **convergence neuro-anatomique entre les afférences nociceptives cervicales et les structures trigéminées**, modulés par des facteurs génétiques, centraux et psychosociaux, particulièrement déterminants dans les formes chroniques. Les traumatismes cervicaux, notamment les **entorses cervicales de type "whiplash"**, jouent un rôle majeur : plus de **70 % des patient-es** présentent des céphalées en phase aiguë après un accident, et **15 à 25 %** évoluent vers des céphalées chroniques à moyen terme, le plus souvent associées à des cervicalgies persistantes.

Ces tableaux douloureux sont fréquemment complexes, associant céphalées de tension, migraines et formes cervicogéniques, avec une **forte comorbidité fonctionnelle et psychosociale**. Les facteurs de chronicisation identifiés incluent la limitation précoce de la mobilité cervicale, l'hypersensibilité à la douleur (allodynie), ainsi que le stress post-traumatique et les difficultés psychosociales, indépendamment de la violence initiale du traumatisme¹².

Leur **prévalence est estimée entre 1 et 4 % de la population générale**, elles représentent toutefois une proportion significative des **céphalées chroniques**, pouvant concerner **jusqu'à 17 % des patient-es souffrant de maux de tête persistants**. Ces données soulignent le caractère spécifique mais non marginal des céphalées cervicogéniques, ainsi que leur poids relatif dans les tableaux de céphalées chroniques, en particulier dans les parcours de soins complexes et prolongés¹³.

¹¹ <https://www.vidal.fr/actualites/28476-syndrome-de-l-intestin-irritable-un-diagnostic-qui-reste-clinique.html> - consulté le 22/10/2026

¹² <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-78/les-cephalees-cervicogeniques> - consulté le 22/10/2026

¹³ https://www.researchgate.net/profile/Guillaume-Christe/publication/258099353_Prise_en_charge_en_therapie_manuelle_d'une_patiente_souffrant_de_cervicalgie_chronique_de_cephalees_et_d'une_epicondylalgie_laterale/links/0c960526ec44411be7000000/Prise-en-charge-en-therapie-manuelle-dune-patiente-souffrant-de-cervicalgie-chronique-de-cephalees-et-dune-epicondylalgie-laterale.pdf - consulté le 22/10/2026



Grossesse et pédiatrie

Les ostéopathes interviennent également dans l'accompagnement de la grossesse, du post-partum et en pédiatrie. La grossesse s'accompagne de **modifications anatomiques, biomécaniques et physiologiques majeures**, susceptibles d'entraîner des troubles fonctionnels transitoires ou persistants. Ces troubles, bien que le plus souvent bénins sur le plan médical, peuvent avoir un **retentissement significatif sur la qualité de vie**, le sommeil et la mobilité des femmes enceintes. Les options thérapeutiques conventionnelles étant limitées durant la grossesse (en particulier sur le plan médicamenteux), les femmes enceintes se tournent fréquemment vers des **approches non pharmacologiques**.

La période du post-partum constitue une phase de **réajustements physiques et fonctionnels importants**, marquée par :

- la récupération posturale,
- les suites de l'accouchement (voie basse ou césarienne),
- la reprise progressive des activités quotidiennes et professionnelles,
- et les contraintes physiques liées aux soins du nourrisson.

De nombreuses femmes présentent, durant cette période, des douleurs persistantes du rachis, du bassin ou des membres supérieurs, ainsi que des troubles fonctionnels susceptibles d'entraver la récupération globale. Or, cette période est souvent **peu structurée sur le plan du suivi somatique**, en dehors des consultations médicales obligatoires.

Chez le nourrisson et le jeune enfant, les consultations d'ostéopathie sont principalement motivées par :

- des troubles fonctionnels précoces (suction, alimentation, inconfort postural),
- des asymétries ou contraintes posturales,
- des préoccupations parentales liées au confort et au développement moteur.

Il convient de souligner que ces recours s'inscrivent majoritairement dans un cadre **non pathologique au sens médical**, et répondent à une **demande parentale forte**, souvent en complément du suivi pédiatrique. L'ostéopathie y est perçue comme une approche manuelle douce, centrée sur le confort et l'accompagnement, sans prétention diagnostique ni thérapeutique exclusive.

L'importance de ce recours traduit moins une carence du système pédiatrique qu'une **attente sociale d'accompagnement fonctionnel précoce**, dans un contexte où les temps de consultation médicale sont souvent contraints.



Les besoins ostéopathiques liés à la périnatalité et à la petite enfance sont **directement indexés sur la natalité**. Or, la dynamique démographique récente montre une **baisse continue du nombre de naissances en France**.

Avec 663 000 naissances en 2024, la France enregistre l'un de ses niveaux de natalité les plus bas depuis plusieurs décennies. Cette tendance structurelle à la baisse implique que :

- les besoins de soins liés à la grossesse, au post-partum et à la petite enfance sont **prévisibles et relativement stables**,
- mais qu'ils **ne peuvent constituer un levier d'absorption démographique illimité** pour la profession.

Autrement dit, si la périnatalité représente un **champ légitime et socialement reconnu de recours à l'ostéopathie**, elle ne saurait, à elle seule, compenser une croissance continue du nombre de praticiens, d'autant plus dans un contexte de **baisse durable de la natalité**.

Synthèse

Face à ces constats, nous proposons une estimation raisonnable du nombre de consultations nécessaires chaque année afin d'apporter une réponse thérapeutique à la hauteur des besoins de la population, sans distinction de classe socio-économique.

Nous partons sur un postulat d'une couverture minimum à 1 consultation par an à 60 euros par patient-e demandeur.

Motif	Population concernée	Consultations nécessaires / an	Besoin financier (en millions d'€)
Douleurs chroniques	30% de la population française	20,58 millions	1 235 m€
Troubles musculo-squelettiques (TMS)	54,5% de la population française	37,39 millions	2 243 m€
Troubles digestifs fonctionnels	7,5% de la population française	5,14 millions	308 m€
Céphalées cervicogéniques	2,5% de la population française	1,71 millions	103 m€
Grossesse	663 000 grossesses (2024)	0,66 millions	39,8 m€



Motif	Population concernée	Consultations nécessaires / an	Besoin financier (en millions d'€)
Post-partum	663 000 accouchements (2024)	0,66 millions	39,8 m€
Pédiatrie et petite-enfance	663 000 naissances (2024)	0,66 millions	39,8 m€
Total	-	~ 66,8 millions	4 008 m€

Pour couvrir les besoins de ces 66,8 millions de consultations, en considérant **1 consultation annuelle par motif**, le besoin théorique correspond à environ **56 850 ostéopathes à temps plein (ETP)**.

Le scénario de généralisation complète

Pour éprouver la robustesse de notre estimation des besoins de santé (**56 850 ETP**) fondée sur la prévalence des pathologies, il est instructif de la confronter à une projection macroscopique "maximaliste".

Ce scénario théorique, volontairement optimiste, repose sur le postulat d'une consommation universelle: **chaque habitant-e de France, sans exception, consulterait un-e ostéopathe une fois par an.**

Cette projection permet de définir un « plafond de verre » absolu des besoins :

$$\frac{\text{Population totale} \times 1 \text{ consultation annuelle}}{\text{Capacité annuelle de consultation (Temps Plein)}}$$

Hypothèses utilisées :

- Population française (2025): **68,6 millions** d'habitant-es .
- Fréquence de recours: **100 % de la population, à raison d'1 consultation par an.**
- Volume d'activité d'un-e ostéopathe à temps plein: **1 175 consultations.**



Résultat :

$$\frac{68600000}{1175} \approx 58383 \text{ ostéopathes ETP}$$

Ce résultat est saisissant par sa proximité avec notre estimation épidémiologique détaillée (~56 850 ETP). L'écart entre une analyse fine des pathologies et une projection de consommation de masse est inférieur à 3 %.

Cela confirme une **réalité structurelle forte**: le besoin national en ostéopathie, même dans une hypothèse d'accès universel et généralisé, **plafonne structurellement autour de 58 000 praticien·nes**.

Ce chiffre valide a posteriori que le marché n'est pas extensible à l'infini. Il souligne l'**impasse de la dynamique actuelle**: avec plus de 2 000 nouveaux diplômés par an, le **plafond absolu des besoins de la population française sera mathématiquement dépassé à très court terme, indépendamment de toute politique d'accès aux soins**.

Accès aux soins et inégalités socio-économiques

L'accès aux soins n'est pas socio-économiquement neutre; pour les populations les plus précaires, il demeure un déterminant majeur de santé.

Si la demande est forte, **l'accès à l'ostéopathie demeure profondément inégalitaire**.

L'absence de remboursement par l'Assurance maladie obligatoire entraîne une **sélection économique des patient·es**:

- les ménages des déciles supérieurs peuvent intégrer l'ostéopathie dans leur parcours de soins ;
- les ménages modestes, précaires ou dépendants des minima sociaux y renoncent ou y accèdent de manière exceptionnelle.

Cette situation crée un paradoxe sanitaire majeur : **les populations présentant la plus forte prévalence de troubles musculo-squelettiques et de douleurs chroniques sont celles qui accèdent le moins à l'ostéopathie**.

Les travailleurs précaires, intérimaires, agents d'entretien, aides à domicile, personnels soignants ou employés de la logistique cumulent :

- pénibilité physique,
- contraintes posturales,
- stress professionnel,
- et faible reste à vivre.



Pour ces publics, l'ostéopathie constitue un **besoin objectivement pertinent**, mais économiquement inaccessible.

Des études épidémiologiques¹⁴ montrent que **les TMS sont significativement plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées** (ouvriers, employés, personnes avec bas niveau d'éducation). Dans ces populations, les prévalences de lombalgies et douleurs du dos sont plus élevées que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures, avec des différences marquées par sexe et catégorie sociale.

De plus, une étude de cohorte nordique¹⁵ a associé un **faible statut socio-économique à un risque accru de douleurs musculo-squelettiques chroniques** : les personnes à faible statut économique et social (SES) présentaient une prévalence plus élevée de douleurs prolongées dans les 12 derniers mois, ce qui traduit un lien entre précarité et exposition accrue à ces troubles.

Les données internationales indiquent que la **prévalence du syndrome de l'intestin irritable (SII) est souvent plus élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comparés aux pays à revenu élevé**, avec une moyenne d'environ **25 % dans ces contextes défavorisés**¹⁶.

Des cohorte cliniques suggèrent également que chez les individus à **faible revenu ou faible niveau d'éducation**, le SII peut être plus fréquent ou plus sévère, possiblement en lien avec le stress chronique et d'autres déterminants sociaux de la santé¹⁷.

Même si les données spécifiques sur les **céphalées cervicogéniques** selon le statut socio-économique font défaut, des études explorant l'impact des maux de tête dans la population montrent que **l'impact des céphalées est significativement plus élevé chez les personnes de faible statut socio-économique** que chez celles à statut plus élevé.

Cela signifie que, même si la prévalence peut être comparable, **le poids fonctionnel et le retentissement des troubles de la tête sont plus marqués chez les personnes pauvres**¹⁸.

¹⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/633853/4315094?version=1> - consulté le 22/10/2026

¹⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16087489/> - consulté le 22/10/2026

¹⁶ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10551279/> - consulté le 22/10/2026

¹⁷ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5434229/> - consulté le 22/10/2026

¹⁸ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10071716/> - consulté le 22/10/2026



Le Renoncement aux soins en ostéopathie

En 2023, en France métropolitaine, 9,8 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté monétaire. Le **taux de pauvreté** est ainsi de **15,4 %**.

Le **seuil de pauvreté** est fixé par convention à **60 % du niveau de vie médian de la population**. Il correspond à un revenu disponible de **1 288 euros par mois** pour une personne vivant seule et de **2 705 euros pour un couple avec deux enfants** âgés de moins de 14 ans¹⁹.

Ainsi, nous pouvons calculer avec la formule suivante, la part des consultations des personnes à bas revenus:

$$\text{Consultations (bas revenus)} = \text{Consultations totales} \times \text{Part des patients à bas revenus}$$

Dont le résultat avec les valeurs ci-dessus est le suivant:

$$66,8 \text{ millions} \times 15,4 \% = 10\,287\,200 \text{ consultations}$$

L'accès aux soins des personnes précaires représente donc environ 10,3 millions de consultations, ce qui correspond à **8 755 ostéopathes ETP** parmi les **56 850 ostéopathes** nécessaires pour couvrir l'ensemble des besoins de la population.

Actuellement, il est presque impossible pour les populations à bas revenus de bénéficier d'une couverture ostéopathique, par conséquent en l'absence de dispositif spécifique, nous pouvons conclure que le **taux de soutenabilité** en ostéopathe ETP basé sur les besoins est de **48 095 ostéopathes ETP** ($56\,850 - 8\,755 = 48\,095$).

Rappelons qu'au 1er janvier 2025, le **registre RPPS contient 47 356 ostéopathes** enregistrés avec une croissance d'environ **2 000 nouveaux et nouvelles inscrit-e-s par an**, nous pouvons donc considérer qu'au 1er janvier 2026, le nombre de professionnel·les enregistrées dans le RPPS a atteint le taux de soutenabilité.

¹⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045> - consulté le 22/10/2026



Pour dimensionner correctement les pistes de financement, il convient de décomposer ce taux de couverture selon le type de contrat :

- **Les contrats privés** (Individuels et Collectifs) : Ils couvrent la grande majorité de la population.

Les contrats collectifs (d'entreprise), obligatoires pour les salariés du privé depuis 2016, couvrent environ 37 % de la population totale. Les contrats individuels (souscrits par les retraités, fonctionnaires, étudiants, indépendants) en couvrent environ 53 %.

- **La Complémentaire santé solidaire (CSS)** : C'est un dispositif public qui remplace la CMU-C et l'ACS pour les personnes à faibles ressources. Fin 2023, il protège **7,45 millions de personnes**²³, soit environ 10,8 % de la population.

Enfin, environ **4 %** de la population reste **sans couverture complémentaire**, touchant majoritairement les populations les plus précaires.

En 2020, le nombre de bénéficiaires de l'**Aide médicale de l'État (AME)**, qui couvre les étrangers en situation irrégulière, était d'environ **383 000** personnes. C'est un ordre de grandeur utile pour évaluer cette population spécifique, même si ce dispositif ne concerne qu'une fraction très réduite des besoins totaux.

Notons par ailleurs qu'en 2022, environ **13,8 millions de personnes** bénéficiaient d'une prise en charge au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD), soit **≈ 20 % de la population française** (ces personnes ont leurs soins remboursés à 100 % par l'Assurance maladie pour leur pathologie principale). Le **taux de couverture** par les mutuelles de cette population est **également de 96%**, comme la population générale.

Pour concilier **accessibilité aux soins, qualité des prises en charge et conditions d'exercice soutenables**, nous proposons plusieurs pistes de financement ciblées, adaptées à des populations spécifiques tout en maîtrisant les dépenses publiques et privées.

Mutuelles d'entreprise et individuelles

La grande majorité des Français (environ 85 %) est couverte par des organismes privés (Mutuelles, Assurances, Institutions de Prévoyance).

²³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/MINIMA22-MAJ%20Fiche%2036%20-%20La%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire%20%28CSS%29.pdf> - consulté le 22/10/2026



Notre proposition est d'intégrer une garantie minimale d'une séance d'ostéopathie par an dans les contrats et de mutualiser les coûts. Cela permettra de toucher environ **57 millions de personnes** (Salariés, retraités, indépendants, fonctionnaires).

Complémentaire Santé Solidaire (anciennement CMU-C)

Pour les populations à faibles ressources, la **Complémentaire santé solidaire** (CSS) couvre actuellement **≈ 7,45 millions de personnes** sans reste à charge sur le ticket modérateur et certaines dépenses de santé.

Nous proposons que ce dispositif **prenne en charge une consultation ostéopathique par an** à 60 €, ce qui garantirait l'accès aux soins fonctionnels essentiels pour les personnes les plus précaires.

Assurance maladie – personnes handicapées et ALD

La prise en charge d'une consultation ostéopathique par an à 60 € pourrait être étendue par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), sur décision médicale, aux personnes en situation de handicap ou bénéficiaires du dispositif **Affection Longue Durée (ALD)**, au titre de l'adaptation fonctionnelle et du maintien des capacités. En 2022, environ **13,8 millions de personnes** étaient couvertes dans ce cadre.

Ce n'est pas une population qui s'ajoute aux précédentes, mais un sous-groupe transversal souvent plus vulnérable.

Cette mesure viserait à améliorer l'accès aux soins non médicamenteux pour des patient-es fragilisés par une pathologie chronique ou un handicap.

Aide médicale de l'État (AME)

Pour les populations étrangères en situation irrégulière, qui étaient environ **383 000 personnes** en 2020, l'**AME** pourrait intégrer la prise en charge ostéopathique dans son périmètre de soins remboursables, favorisant ainsi l'accès aux soins fonctionnels pour des patient-es souvent exclus des dispositifs classiques.

Enfin, **n'oublions pas les 4% de la population** n'ayant pas de couverture complémentaire. Il nous semble opportun de les inclure dans notre dispositif sous les mêmes conditions.

Synthèse

Dispositif financeur	Population concernée (estimation 2025 d'après la DREES)	Coût annuel estimé (Millions €)	Type de financement
Complémentaires Privées (Contrats entreprises + individuels, dont ALD ou hors ALD)	≈ 44 millions (hors ALD) ≈ 57 millions (totalité)	2 640 M€ - 3 420 M€	Privé (Cotisations ménages & entreprises)
Assurance Maladie (AMO) (Population ALD / Handicap)	≈ 13,8 millions	828 M€	Public (Sécurité Sociale)
4% de la populations hors couverture	≈ 2,74 millions	165 M€	Public (Sécurité Sociale)
Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (Population précaire HORS ALD)	≈ 7,45 millions	447 M€	Public (Fonds CSS / Taxes)
Aide Médicale d'État (AME)	≈ 0,4 millions	24 M€	Public (État)
TOTAL	≈ 68,4 millions de personnes	≈ 4,1 Milliards €	

Le budget annuel de prise en charge par les complémentaires santé et les mutuelles est estimé entre **2,6 et 3,4 milliards d'euros**.

Le budget annuel de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est, quant à lui, estimé à **environ 1,5 milliard d'euros**.

Concrètement, la **couverture ostéopathique des populations précaires** par la collectivité représenterait **un coût annuel moyen d'environ 2 euros par mois**. En effet, nous voyons que la



couverture des plus précaires (CSS-AME-ALD-handicap-NC) correspond à **1,5 Milliard d'euros**. La part des personnes vivant au-dessus du seuil de pauvreté est d'environ **84,6 % de la population soit 58 millions de cotisants potentiels**. En divisant ce coût sur les cotisants, cela représente un coût annuel moyen par cotisant d'environ **26 € par an**.



Conclusion Générale

Notre travail d'analyse et les calculs qui l'accompagnent aboutissent à une conclusion claire: **la profession d'ostéopathe a aujourd'hui dépassé son seuil de soutenabilité économique dans le cadre du modèle actuel.**

À paramètres constants, le modèle économique en vigueur permettrait un équilibre autour de **22 000 à 29 000 ostéopathes exerçant à temps plein**. Or, la France compte aujourd'hui **plus de 30 000 ostéopathes**, ce qui entraîne des effets bien connus en économie lorsqu'une offre excède durablement la demande solvable.

Les conséquences économiques, dont certaines déjà observées dans ce type de situation, sont:

- **Baisse du revenu moyen** et accroissement des inégalités de revenus entre professionnel·les
- **Sous-activité chronique** et multiplication des exercices à temps partiel subis
- **Précarisation d'une partie de la profession**, malgré un haut niveau de qualification
- **Concurrence accrue** entre praticiens, parfois au détriment de la qualité de l'exercice
- **Déséquilibre territorial persistant**, les zones déjà denses continuant d'attirer de nouveaux installés
- **Dévalorisation progressive de l'acte**, sous pression du pouvoir d'achat des patient·es

La dynamique démographique actuelle, avec **environ 2 000 nouveaux ostéopathes diplômé·es** chaque année, laisse présager une **aggravation de cette situation**. Le nombre d'étudiants actuellement en formation est estimé à **environ 10 000**, avec un **taux de réussite proche de 100 %**, ce qui garantit la poursuite de la croissance démographique à court et moyen terme.

Les conséquences sociales sont déjà visibles: **près de 25 % des ostéopathes déclarent un revenu situé au niveau du seuil de pauvreté**. Concrètement, environ un quart de la profession est éligible à la **complémentaire santé solidaire (CSS)** et à **diverses aides sociales**, une situation paradoxale pour une profession de niveau Bac +5 exerçant une activité de soins.

Il est donc **impératif de tirer la sonnette d'alarme**. Une réforme structurelle s'impose, reposant notamment sur une **régulation plus stricte de la démographie**, via une **limitation significative du nombre d'étudiant·es formé·es**, à l'instar d'un **numerus clausus** ou d'un **numerus apertus réellement piloté**.

Toutefois, notre démarche ne s'est pas limitée à une lecture économique restrictive. Nous avons souhaité construire un **modèle fondé sur les besoins réels de la population**, en adoptant une **vision sanitaire de l'organisation professionnelle**. Les scénarios étudiés montrent qu'une **stratégie cohérente de financement des besoins des patient·es** permettrait de **partiellement extraire la**



profession de la logique purement marchande, aujourd'hui fortement indexée sur le pouvoir d'achat des Français.

Cette stratégie apparaît **peu coûteuse pour la population**, tout en étant susceptible de **réduire certaines dépenses de santé évitables** (médicaments, arrêts de travail, chronicisation). Dans l'hypothèse d'un **financement mixte intelligent**, associant assurance maladie obligatoire (pour les plus précaires, les affections longues durée et les situations de handicap) et complémentaires santé (pour les actifs et ayant droits), le **seuil de soutenabilité pourrait être porté à environ 57 000 ostéopathes**, ce qui correspond aux besoins sanitaires estimés de la population, cela à tarif de consultation constant (60 euros).

Dans un scénario plus pessimiste, où l'**assurance maladie obligatoire ne participerait pas (ou peu) à la garantie de l'accès aux soins pour les populations les plus précaires**, et où les **complémentaires santé prendraient en charge de manière systématique les soins ostéopathiques pour l'ensemble des patient-es demandeurs-ses**, le seuil de soutenabilité serait porté à **environ 48 095 ostéopathes**, cela à tarif de consultation constant (60 euros).

Ces éléments conduisent à une conclusion sans ambiguïté : **une réforme mixte est indispensable**, articulant **régulation démographique** et **réforme du financement des soins**.

Sans cette double action, la profession s'expose à une **précarisation accrue**, au détriment des praticien·nes comme des patient·es, malgré des besoins de santé pourtant bien identifiés et largement non couverts.