



Article

Bien communiquer à propos de l'ostéopathie. Un bât qui blesse ?

"... Selon l'arrêté royal en préparation, seule l'ostéopathie neuro-musculo-squelettique sera reconnue. Exit donc l'ostéopathie holistique, celle qui permet de déceler par exemple un problème aux viscères par une manipulation crânienne, une pratique qui ne passe pas le cap des règles de base scientifique."

source: Belga

Et suite à certains commentaires lors de l'après-midi d'information sur la loi Colla du 30-11-2013 (ULB), ... :

Selon des annonces récentes, l'AR en préparation ne reconnaîtrait que «l'ostéopathie neuro-musculo-squelettique». Est-ce que cela signifie la sortie de «l'ostéopathie holistique» ?

Qu'est-ce que «l'ostéopathie neuro-musculo-squelettique»? Le nom de l'AR intégrera-t-il également ce nouveau concept ? En sera-t-il fait mention dans la loi Colla ? Siégeons-nous actuellement dans une «Chambre d'ostéopathie neuro-musculo-squelettique»?

La réponse est non. Dans la loi Colla, notre profession s'appelle «ostéopathie», il n'y a qu'une chambre d'«Ostéopathie» et l'AR mentionnera certainement aussi le nom «ostéopathie».

De quoi est-il vraiment question ?

Cette histoire repose sur la manière erronée dont se profile notre profession, sur une attitude protectionniste du côté de l'allopathie (en l'espèce, l'Académie de Médecine), et ensuite sur une désinformation incalculable qui pourraient renvoyer la politique dans une mauvaise direction.

Tout d'abord, notre façon erronée de nous profiler

J'avais déjà insisté dans un article en 2010¹ sur mes préoccupations au sujet de la répartition artificielle de notre profession en piliers pariétal, viscéral et crânien. Cette manière déplorable de présenter notre profession continue à nous jouer des tours dans les débats autour de la reconnaissance².

Permettez-moi de vous rappeler quelques points importants abordés dans cet article :

- Cette division de l'ostéopathie en «pariétal», «viscéral» et «crânien» ou «crânio-sacré» est purement de nature pédagogique. Ce concept a connu, au fil du temps, sa propre évolution mais reste un artéfact pédagogique qui n'aurait jamais vu le jour si nous étions restés fidèles à notre cadre conceptuel. Il a été utilisé par certains établissements de formation comme moyen commercial et par l'ostéopathe individuel comme moyen d'afficher sur son site, par exemple pour ses patients, sa position concurrentielle vis-à-vis de ses anciens confrères et ainsi exposer sa nouvelle profession et éventuellement le nouveau statut qu'il a acquis. Le but recherché qui est de se créer une identité propre n'est pas un mal en soi. La question est juste de savoir si c'est bien de cette manière qu'il faut se profiler.

1. van Dun P.L.S. (2010) Le monde est aux ostéopathes et l'icare était un ostéopathe... About Osteopathy, 5: 22-27

2. Quand les académiciens belges se posent des questions pertinentes sur l'identité, les techniques et les concepts de l'ostéopathie, ils tentent alors de les trouver dans la littérature ostéopathique internationale et écrivent [un commentaire sur un article de Licciardone et al.](#) Ce dernier déplore les différences nationales dont il est mentionné dans le commentaire de Leysen et al. car elles ne permettent pas facilement à la communauté allopathique d'avoir une vision uniforme de la terminologie et des concepts ostéopathiques.



- Cette répartition n'a aucun fondement d'un point de vue historique. Elle n'appartient pas non plus aux principes fondamentaux de notre ostéopathie, bien au contraire: une division peut difficilement être appelée « holistique ».
- La répartition est aussi à ramener, si pas entièrement, certainement en partie, à l'arsenal technique de l'ostéopathie (techniques pariétales, viscérales et crânio-sacrées) pour lequel nous avons convenu qu'il ne constitue pas l'essence de l'ostéopathie³. En d'autres termes, ce n'est rien de plus qu'un ostéopathe qui s'occupe d'une structure anatomique comme le coude droit, un viscère, le crâne ou le pied gauche.
- La communication à l'égard de ce problème ne peut pas se passer sans heurts et de nombreux confrères ne sont que peu ou pas du tout au courant de ce que l'on entend exactement par là. Beaucoup pensent que « crâne » et « viscères » sont, de toute façon, *themata non grata* à l'ULB. Des techniques viscérales et ou de techniques appliquées au niveau du crâne ne peuvent être reprises dans un programme d'études en ostéopathie que s'il existe un fondement scientifique suffisant. On y parle actuellement déjà de « crâne » et de « viscères » mais à la lumière de l'information la plus objective dont nous disposons. Les modèles explicatifs qui sont réfutés depuis déjà longtemps ne sont, bien entendu, pas retenus. Je réfère ici aux règles de jeu qui sont données par la communauté académique⁴.
- Les techniques viscérales et les techniques appliquées au niveau du crâne sont bel et bien reprises dans le PCP, alors que ce n'était pas vraiment nécessaire. Il n'est pas non plus spécifié dans le PCP que, par exemple, une technique directe est appliquée au niveau du pied gauche. Pourtant les manipulations viscérales et les techniques neuro-crâniennes et viscéro-crâniennes ainsi que leurs techniques diagnostiques reçoivent, elles, une mention séparée (voir l'annexe VI)⁵. Le PCP a aussi été approuvé à la Chambre d'Ostéopathie.

Cave : les adeptes de la division dans les domaines mentionnés ci-dessus ne parlent pas d'«ostéopathie» pour la simple raison qu'il n'y a aucun fondement historique ou scientifique⁶ à ces constructions.

Il est donc de la responsabilité de chacun, en tant qu'ostéopathe et aussi en tant que groupe collectif, d'utiliser un autre discours, tant dans les conversations avec les patients et les autres praticiens de la santé que sur un site web personnel, par exemple.

Notez que l'adoption d'un autre discours va au-delà d'une simple parure sémantique. Il faut aussi être conscient de toutes les implications. Il faut en adopter la réflexion sous-jacente. Et même si cela semble paradoxal pour certains, quitter la voie de la *fragmentation* (division) nous rapproche de nos principes ostéopathiques. Si on ne parvient pas à découvrir le sens profond de ce discours plus correct, on risque de toujours retomber dans l'ancien schéma. C'est ce qui s'est encore vu récemment dans certaines réactions lors de l'après-midi d'information sur la loi Colla. Il y eut là quelques interpellateurs qui, malgré la demande préalable de se servir de ce discours correct, ont eu de la peine à faire valoir leur idée. Ils sont finalement retombés dans la division mentionnée ci-dessus pour demander des éclaircissements sur leurs préoccupations.

C'est avec joie que nous pouvons constater que la nouvelle génération de décideurs, loin des limites des unions professionnelles, ont abandonné le cadre conceptuel de la fragmentation et ont rallié une communication commune et uniforme où on ne parle plus que d'«ostéopathie».

3. van Dun P.L.S., Profil de Compétences Professionnelles de l'Ostéopathie, 2010, Bruxelles: groupement National et Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl)

4. Lepers Y. Histoire critique de l'ostéopathie: de Kirksville à l'Université Libre de Bruxelles, 2010, PhD, ULB, Bruxelles, p 212

5. Ibid 3

6. La recherche clinique ostéopathique est également menée sur l'ensemble de la personne/patient et non en divisant une personne. Ces domaines mentionnés ne sont examinés que dans le cadre de la recherche fondamentale.



L'attitude protectionniste de l'allopathie

Mais le principal contre-argument de se profiler en sous-domaines vient de ceux qui ne veulent pas que l'ostéopathie devienne une profession à part entière en première ligne. Ainsi en 2009, en Allemagne, une estimation de la valeur scientifique de l'«acte ostéopathique» (et non de «l'ostéopathie») a été donnée par le Conseil scientifique de la Bundesärztekammer⁷ (qu'on pourrait qualifier d'Ordre des médecins Allemand).

Ils utilisent précisément la division susmentionnée de l'ostéopathie pour démontrer, dans un article très bien documenté, le volet viscéral et crânio-sacré après quoi il ne reste donc plus que le volet pariétal. Ils assimilent alors ce volet à la médecine manuelle et décident qu'il n'y a pas besoin d'une profession d'ostéopathe séparée. Le plus drôle est que la «médecine manuelle» a en 2003 adapté sa définition comme suit :

*„Die Manuelle Medizin (MM) ist die medizinische Disziplin, in der unter Nutzung der theoretischen Grundlagen, Kenntnisse und Verfahren weiterer medizinischer Gebiete die Befundaufnahme am Bewegungssystem, dem **Kopf, viszeralen** und bindegewebigen Strukturen sowie die Behandlung ihrer Funktionsstörungen mit der Hand unter präventiver, kurativer und rehabilitativer Zielsetzung erfolgt. Diagnostik und Therapie beruhen auf biomechanischen und neurophysiologischen Prinzipien.“ p. 2326*

*(«La médecine manuelle (MM) est la discipline médicale qui, en utilisant les théories de base, les connaissances et les pratiques théoriques d'autres domaines médicaux fait l'observation clinique de l'appareil locomoteur, de la **tête**, des structures **viscérales** et du tissu conjonctif ainsi que le traitement des troubles fonctionnels avec la main dans un objectif préventif, curatif et de réhabilitation. Le diagnostic et la thérapie sont basés sur des principes biomécaniques et neurophysiologiques»)*

Par cette nouvelle définition (où j'ai mis certains mots en gras), qui du reste n'a pas été confirmée sur leur site Web (où «Tête» et «Viscéral» ne sont pas mentionnés)⁸, ils adoptent une partie du champ d'action de l'ostéopathie, après quoi ils décident sans sourciller qu'il ne faut pas percevoir, apparemment même au niveau du contenu ou au niveau conceptuel, de distinction entre les notions «ostéopathie» et «médecine manuelle». Il y a peut-être quelque chose de vrai là-dedans mais on ne doit, bien sûr, pas retourner la réalité !

L'article est un exemple classique de récupération de l'ostéopathie, utilisant la manière erronée dont nous nous profilons et de la manière éhontée dont ils manipulent l'histoire. L'enquête sur l'«acte ostéopathique» comme ils l'appellent, correspond bien entendu parfaitement à une présentation de l'ostéopathie divisée en pariétal, viscéral et crânio-sacré. Comme j'en ai déjà parlé plus haut, on se concentre ici surtout sur l'aspect technique, comprenant les indications et les contre-indications possibles et précédé de l'exclusion diagnostique. Ils ne peuvent bien entendu, toujours selon le même article, n'être effectués que par un médecin.

L'attitude de l'allopathie en Belgique est une copie de ce qui est cité ci-dessus.

On retrouve les mêmes ingrédients dans la recette de la monopolisation de la médecine de première ligne, à savoir: l'application de deux poids, deux mesures pour les preuves au sein de la discipline, la récupération d'éléments de l'ostéopathie, un mépris pour l'histoire, le monopole injustifié du «diagnostic», ...

La position officielle de principalement l'Académie de Médecine contraste parfois fortement avec celle sur le terrain et la position individuelle des académiciens où une bonne coopération ne semble poser aucun problème et conduit à un enrichissement mutuel dans l'intérêt du patient.

Il y a donc aussi de la diversité chez les médecins. Elle se retrouve, entre autres, dans leur approche des soins de santé et aussi à un autre niveau dans leur approche du patient. Le passage d'un modèle biomédical à un modèle biopsychosocial se traduit aussi au niveau des patients par le passage d'un *disease-centeredness* (où l'accent est mis sur la pathologie/dysfonction) à un *patient-centeredness* (où le patient est le point central)^{9, 10}. De même pour ce

7. Haas N.P., Hoppe J-D., Scriba P.C. Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren, 2009, Deutsches Ärzteblatt, 106(46): 2325-2334

8. <http://www.dgmm.de/manu.htm>

9. Van Dormael M., Roles of the general practitioner in different contexts, Ann. Soc. Belge Med. Trop., 1995, 75 (Suppl. 1): 79-88

10. Reeve J., Irving G., Dowrick C.F., Can generalism help revive the primary healthcare vision?, J. R. Soc. Med., 2010, 104: 395-400



qui concerne la relation entre le praticien et son patient (et à un autre niveau entre le praticien et la communauté), on peut observer un déplacement d'un type de relation asymétrique et paternaliste (avec l'autorité du côté du praticien) à une relation d'égalité et de réciprocité¹¹. Malgré le fait que cette transition est en cours depuis 40 ans, ces tendances peuvent encore être trouvées au sein du corps médical. Ce sont principalement ces changements dans l'approche des soins de santé qui rendent le terrain prêt à un élargissement des soins de première ligne à, par exemple l'ostéopathie. C'est possible parce que ces valeurs font déjà partie déjà du cadre conceptuel de l'ostéopathie depuis 150 ans. Il n'est donc pas surprenant que sur le terrain, sans tenir compte de l'individu isolé dans sa tour d'ivoire, la relation entre les médecins et les ostéopathes progresse.

La pluralité médicale avec une diversité de paradigmes et de composants de paradigmes n'est pas seulement souhaitable dans une perspective éthique. Elle est avant tout plus pragmatique et donne plus de résultats. C'est actuellement un fait, plus encore, cela n'a jamais été autrement.^{12, 13}

N'oublions pas non plus qu'en occident, le médecin généraliste (*general practitioner*) a dû précisément emprunter la démarche inverse afin d'obtenir sa place en tant que fournisseur de soins de 1ère ligne. Ce fut plutôt le résultat historique de rapports de force et non pas d'un point de vue conceptuel dirigé vers les soins de santé, qui fut par la suite complété pour donner du contenu à leur rôle. Les médecins généralistes en tant que groupe professionnel

n'ont commencé à réclamer leur place dans les soins de santé de première ligne qu'au début des années 50-60 du siècle dernier et cette action est toujours en cours, notamment en ce qui concerne leur statut social et aussi la base technique de la répartition de leur travail par rapport aux médecins-spécialistes.¹⁴

Ils sont donc toujours en train de négocier et doivent toujours délimiter leur champ d'action. C'est exactement ce qui se passe à la Chambre d'Ostéopathie. Ce type de négociations va certainement continuer à faire partie de notre mission en tant qu'organisation professionnelle¹⁵, même quand il faudra penser au remboursement des soins ostéopathiques¹⁶. De telles négociations se décideront aussi certainement beaucoup plus facilement quand il y aura à la table un groupe professionnel fort et cohérent avec une identité solide et un programme clair. Une profession avec un niveau de formation crédible et une collaboration étroite entre les universitaires et les cliniciens afin de s'assurer que l'*evidence* fasse partie de la pratique autant que la pratique puisse faire partie de l'*evidence*.

Ajoutez à cela la position des kinésithérapeutes (lire: surtout des thérapeutes manuels) qui se savent manifestement menacés par l'appel sexy de «l'ostéopathie de première ligne» qui peut compter sur de plus en plus de sympathie parmi la population et qui reste invariablement la plus populaire de toutes les autres médecines, conventionnelles ou non conventionnelles.^{17, 18} Les mêmes stratégies que celles des médecins ont été employées par AXXON¹⁹ pour mystifier, marginaliser, voire banaliser l'ostéopathie et pouvoir, si possible, la récupérer.

11. Thomson O.P., Petty N.J., Moore A.P., Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy, International Journal of Osteopathic Medicine, 2011, 14(3): 116-124

12. Wiesling U. Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin, 2004, Schattauer, Stuttgart, New York

13. Michl S., Potthast T., Wiesing U. (Hg.) Pluralität in der Medizin: Werte – Methoden – Theorien, 2008, 1. Auflage Verlag Karl Alber, Freiburg, München

14. Ibid

15. van Dun P.L.S., Au début il y avait..., Editorial, About Osteopathy, 2008, 5: 6-7

16. van Dun P.L.S., Combien y a-t-il de «body of evidence» dans un minimum de volonté politique ? Editorial, About Osteopathy, 2011, 3: 7-12

17. Nauwelaers, I.; Sermeus, G. Dans les mains de l'ostéopathe. Test-Santé nr. 52. Bruxelles: Test-Achats. 2003

18. Delterne, E.; Sermeus, G. Enquête: les médecines alternatives. Test-Santé nr. 81. Bruxelles: Test-Achats. 2007

19. <http://www.axxon.be/>



De la désinformation à l'information

À la lumière de ce qui a été expliqué ci-dessus, il est quasi impossible pour un non-expert d'avoir une vision claire. La façon erronée de se profiler de notre profession et l'attitude protectionniste de l'allopathie font beaucoup de bruit. L'histoire est artificiellement aggravée et la situation en devient diffuse et brumeuse. Ces faits divers servent de paratonnerre. Ils nous éloignent de ce qui est vraiment important: L'adjectif «neuro-musculo-squelettique» n'est là que pour indiquer où se situe exactement notre fonction en première ligne. L'ostéopathie reste ce qu'elle est et où elle est : «L'ostéopathe qui donne des soins **de première ligne** au patient et la profession d'ostéopathe **en tant que profession clinique avec des compétences définies** dans le cadre des soins de santé»²⁰.

Notre tâche principale consiste à débarrasser notre histoire de tous les excès de poids et à la transmettre de manière effective et cohérente²¹, sous sa forme (*Gestalt*) multiple, afin de préserver l'essence de notre profession, et en même temps la remodeler pour la nouvelle génération.

Patrick van Dun, MSc, DO

Correspondance :
p.vandun@corpp.org

20. Ibid.

21. van Dun P.L.S., Mens M., Van den Berghe W., Hermans B. (réd.), Document d'information sur l'Ostéopathie, Bruxelles, 2013, Groupement National et Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl) et Registre des Ostéopathes de Belgique (R.O.B.)



Artikel

Oorzaak – gevolg denken en holisme in osteopathie?

Reductionisme en holisme zijn termen die vaak gehanteerd worden om het conceptueel onderscheid te duiden tussen respectievelijk de reguliere geneeskunde en de niet-conventionele geneeswijzen, waartoe de osteopathie gerekend wordt. Bij reductionisme staan kwantitatieve data op de voorgrond. Men gaat uit van het object. Dit zou betekenen dat in de conventionele geneeskunde 'de ziekte' alle aandacht krijgt. Holisme verdedigt een kwalitatief paradigma, waarbij het subject, lees 'de zieke', op de voorgrond staat. Hoe vertaalt dat zich in de dagelijkse praktijk? Is de reguliere geneeskunde enkel gebaseerd op een reductionistisch gedachtengoed en wat betekent holisme binnen de osteopathische geneeskunde?

Hoe wordt bepaald wat ziekte en wat gezondheid is? De reguliere geneeskunde probeert via normbepalingen een