

Document d'information sur l'Ostéopathie

Registre des Ostéopathes de Belgique, union professionnelle reconnue par le Conseil d'Etat (R.O.B.)

Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (G.N.R.P.O. asbl, organisme fédérateur des Unions Professionnelles reconnues de Belgique), Bruxelles, Mars 2013

© Registre des Ostéopathes de Belgique (R.O.B.), Union Professionnelle reconnue par le Conseil d'Etat.
Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl), organisme fédérateur des Unions Professionnelles de Belgique, Bruxelles, Mars 2013.

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, stockée dans un système de recherche documentaire ou transmise, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autre, sans l'autorisation préalable écrite du ROB ou du GNRPO asbl.

Editeurs responsables : Wouter van Stee, Vice-président du ROB
Dobbelaere Eric, Président du GNRPO asbl

Rédaction : Patrick van Dun, MSc, DO
Ben Hermans, Mr
Michiel Mens, BSc
Wouter Van den Berghe, ing.

Traduction du néerlandais vers le français : Sandrine Delaunois

Groupement National Représentatif
des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl)

Bld des Invalides 118
1160 Bruxelles
Tél.: 0032 56 423737
Website: www.gnrpo.be

Registre des Ostéopathes de Belgique (ROB)

Smaraglaan 5
1640 Sint-Genesius-Rode
Tél.: 0032 2 309 75 05
E-mail: info@osteo-rob.be
Website: www.osteo-rob.be

Afin de faciliter la lisibilité du texte, nous avons choisi d'utiliser le genre masculin.
Lorsqu'on trouve "il" ou "lui", il va de soi qu'il faut également lire "elle".

Comment référer ce document :

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

Résumé

Still, un médecin américain, introduit l'ostéopathie à la fin du 19ème siècle. Au début du 20ème siècle, l'ostéopathie fait son entrée au Royaume-Uni (UK) et dans les années 70, les premiers ostéopathes s'installent en Belgique. La doctrine médicale initiale, un mélange de métaphysique et de spéculations mécanicistes, s'est aujourd'hui transformée en une médecine manuelle qui s'appuie sur la science moderne.

L'interprétation actuelle de l'EBM (Evidence Based Medicine) a trois facettes : les preuves données par la recherche, l'expertise clinique et la prise en charge du patient. Pour la majorité (65%) des motifs de consultation (douleurs du bas du dos et de la nuque), il existe des preuves suffisantes. Pour ce qui concerne la connaissance clinique, les futurs ostéopathes seront, à travers leur formation à l'université (e.a. ULB), experts dans leur domaine. Et plusieurs études indépendantes (ISP, KCE, ...) placent les ostéopathes en première place pour la prise en charge du patient/usager de la santé.

L'ostéopathe réalise une prise en charge du patient en première ligne et est de par sa formation académique spécifique le spécialiste des troubles, algies et pathologies fonctionnelles. Son approche thérapeutique du patient est essentiellement manuelle. La définition de l'avis K2 de la Chambre d'Ostéopathie doit être considérée comme un compromis. La définition de la profession dans le profil compétences professionnelles (voir annexe p.33) approuvée à l'unanimité (médecins et ostéopathes) donne une image fidèle de la situation sur le terrain.

Après avoir établi une hypothèse de travail dans le processus diagnostique ostéopathique, le patient est traité par des techniques manuelles s'adressant aux tissus mous et des mobilisations des articulations, y compris ce qu'il est convenu d'appeler des manipulations. Il pratique l'ostéopathie exclusivement et se conforme strictement aux dispositions du profil de compétences professionnelles. S'il estime que le motif de consultation ne relève pas de ses compétences, il renvoie le patient vers un prestataire de soins qualifié.

De plus, la recherche fondamentale et clinique montre que l'ostéopathie est une médecine sûre. Cette information va de pair avec le fait que les ostéopathes paient une prime assurance RC très basse et qu'il n'y a eu au cours de la dernière décennie aucun sinistre particulier à déplorer pour les assureurs.

Il y a plus de 1500 ostéopathes, principalement masculin, en activité en Belgique. 75% exercent l'ostéopathie de manière exclusive et pour la majorité ils exercent seuls en cabinet. L'âge moyen de l'ostéopathe est de 45 ans et son ancienneté est en moyenne de 12 ans. Pour la grande majorité (83%) des ostéopathes, le parcours éducatif a consisté à d'abord suivre une formation en kinésithérapie et ensuite 4 à 6 ans d'études dans un enseignement privé d'ostéopathie pour devenir ostéopathe. Ce circuit privé est né du refus des universités à mettre en place un enseignement officiel de l'ostéopathie. Un changement est survenu lors de l'année académique 2004-2005 quand la première formation Manama (Master after Master) officielle en 6 ans en ostéopathie a débuté à l'ULB. La Flandre reste temporairement dépourvue d'une formation académique publique.

Selon le KCE, en 2010, 6,7% des Belges ont fait appel à un ostéopathe. L'ostéopathie est ainsi de loin la médecine non conventionnelle la plus consultée. La satisfaction des patients en ce qui concerne l'ostéopathie est la plus élevée parmi tous les prestataires de soins. La même étude montre que l'ostéopathie a une efficacité prouvée pour les douleurs de nuque et du bas du dos. De plus, des études suggèrent que l'ostéopathie permet de faire des économies. C'est le patient lui-même qui honore les consultations en ostéopathie et ce sans aucune intervention de l'assurance maladie.

De plus en plus de pays au sein de l'UE octroient un statut légal en première intention à l'ostéopathie. En Belgique, seuls les ostéopathes enregistrés pourront pratiquer l'ostéopathie. La Chambre de

L'Ostéopathie prendra en charge l'enregistrement individuel des ostéopathes et vérifiera si les candidats satisfont aux conditions d'enregistrement spécifiques. Pour les ostéopathes qui ne possèdent pas, à ce jour, de diplôme de Master, des mesures transitoires spécifiques entreront en vigueur. L'Union Professionnelle sert d'interlocuteur avec le gouvernement et contrôlera, entre autres, les normes de qualité de ses membres. La loi Colla fixe une réglementation claire pour le contrôle de la déontologie qui donne à la fois au Ministre de la Santé ainsi qu'à la Chambre d'Ostéopathie un rôle clairement défini qui, le cas échéant, pourra être élargi. Tant l'obligation d'audition, la possibilité de se faire assister ou représenter par un avocat que l'obligation de motivation sont intégrés dans ces règles. Les procédures et mécanismes de contrôle existants dans le cadre de la médecine conventionnelle (AR n° 78) sont totalement applicables comme l'est la compétence des Commissions Médicales de vérifier si le candidat-praticien est mentalement et physiquement en mesure d'exercer sa profession.

Il paraît clair que l'attribution d'une fonction de première ligne aux ostéopathes comporte des avantages à la fois pour le patient et le médecin généraliste et que de nombreuses études avancent des raisons suffisantes attestant une meilleure prise en charge et des soins plus efficaces et plus rentables pour la plupart des bénéficiaires de soins de santé de première ligne souffrant de troubles musculo-squelettiques.

Table des matières

Introduction

1	Histoire	1
1.1	Histoire de l'ostéopathie	1
1.1	L'ostéopathie en Europe.....	1
1.2	L'Ostéopathie en Belgique.....	2
2	Définition	2
3	Profil des ostéopathes	4
4	La formation des ostéopathes	8
5	Importance sociale	11
6	Comment se déroule une consultation ostéopathique ?	15
7	L'ostéopathie: une médecine sûre	18
8	L'ostéopathie: une Evidence-Informed Practice en première ligne	19
8.1	L'ostéopathie en tant qu'Evidence-Informed Practice	19
8.2	L'ostéopathie en première ligne.....	23
9	Enregistrement et mesures transitoires	27
9.1	Enregistrement	27
9.2	Mesures transitoires	28
9.3	L'adhésion à une union professionnelle.....	29
9.4	Déontologie et sanctions.....	29
10	Créer un système de soins de qualité pour les ostéopathes	32
11	Annexe	33

Liste des figures

Figure 1: Âge des ostéopathes	11
Figure 2: Ancienneté des ostéopathes	12
Figure 3: Activité à temps plein et à temps partiel des ostéopathes	13
Figure 4: Pratique en solo ou en cabinet groupé.....	14
Figure 5: Collaboration des ostéopathes britanniques avec d'autres professions	15
Figure 6: Evolution du % de la population qui consulte annuellement un ostéopathe	19
Figure 7: Satisfaction des différents prestataires de soins.....	21

Introduction

Ce document a pour but de fournir aux décideurs politiques, aux autres professions de santé, aux journalistes et à toutes les personnes intéressées des informations correctes et étayées sur les ostéopathes. Qui sont ces praticiens de santé ? Que font-ils ? Quelle est leur place dans notre système de soins de santé.

La phase finale de la mise en œuvre de la 'loi Colla'¹ - qui reconnaîtra les quatre plus populaires des médecines non conventionnelles (l'ostéopathie, la chiropractie, l'homéopathie et l'acupuncture) - provoque encore aujourd'hui de nombreuses réactions.

L'ostéopathie occupe officieusement depuis des décennies une place de première ligne dans les soins de santé belges. Au sein de la population, nous constatons que la confiance en cette médecine est en augmentation :

- Près de 6,7% de la population belge a consulté un ostéopathe en 2008, contre moins de 4% en 2001;
- Environ 90% des patients semblent des plus satisfaits du traitement et des explications de l'ostéopathe en comparaison avec d'autres prestataires de soins.

La grande majorité des ostéopathes ont d'abord suivi une autre formation de niveau supérieur telle que la médecine ou surtout la kinésithérapie (84%). Ensuite Leur parcours éducatif a duré 4 à 5 ans dans l'enseignement privé pour obtenir un titre de DO (Diplôme en Ostéopathie) qui, en Flandre, est éventuellement complété d'un Master en ostéopathie accrédité par un établissement étranger. Depuis 2004, l'Université Libre de Bruxelles (ULB) est le seul enseignement 'public' en Belgique à offrir une formation en ostéopathie.

En Flandre, une telle formation universitaire n'existe pas car l'opposition y est majoritaire, bien que les représentants des différentes Facultés de Médecine flamandes et francophones aient voté unanimement pour une formation universitaire en ostéopathie à la Chambre d'Ostéopathie.

Nous voudrions d'ores-et-déjà remercier la Ministre Onkelinx, son cabinet, Le SPF Santé publique ainsi qu'un groupe de représentants des Facultés de Médecine qui a réfléchi et travaillé de manière constructive. Nous désirons les remercier pour la volonté et l'engagement qu'ils ont montrés afin de donner un cadre légal à l'ostéopathie.

Nous remercions également les représentants des ostéopathes de la Chambre d'Ostéopathie² : Yves Lepers, Jory Pauwels, Claude Rousseau, Jean Ruwet, Michel van den Abeele et Wouter van Stee et de la Commission paritaire³ : Jean Ruwet et Alex Boon, pour leur engagement et leur dévouement.

Nous adressons un merci tout particulier à nos experts externes Wouter Van den Berghe et Maître Ben Hermans qui, par leurs précieux conseils, ont contribué au travail des nombreux membres de direction des diverses Unions Professionnelles.

¹ 29 avril 1999. - Loi relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

² Arrêté Royal relatif à la nomination des membres de la chambre « ostéopathie » visée à l'article 2, § 3, de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales constituée.

³ 27 mars 2012. - Arrêté Royal portant la nomination des membres de la commission paritaire visée à l'article 5 de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

1. Histoire⁴

1.1 Histoire de l'ostéopathie

Andrew Taylor Still (Virginie ° 1828, † 1917 Kirksville) est le fondateur de l'ostéopathie. Suivant l'exemple de son père, il devient médecin et pratique d'abord la médecine telle qu'on lui a enseignée pendant une vingtaine d'années. La perte de plusieurs de ses enfants lors d'une épidémie de méningite cérébro-spinale le convainc de la nécessité de réformer la médecine. Durant la guerre de Sécession (1861-1864), il exerce comme chirurgien de campagne au côté des Unionistes. Suivant les règles de son maître à penser (John Wesley), il observe la nature, dissèque des cadavres d'indiens Shawnee et des animaux qu'il chasse. Il étudie aussi la médecine des Shawnees, dont un certain nombre de manipulations articulaires.

Sa doctrine médicale est un mélange de métaphysique et de spéculations mécanicistes qui découlent de ses observations. Pour lui, la maladie survient lorsqu'un blocage empêche la bonne circulation sanguine. Les contractures musculaires et les déplacements articulaires sont responsables de la mauvaise circulation de ce fluide vital. Il fonde le premier collège d'ostéopathie à Kirksville en 1892 ("American School of Osteopathy").

À ce jour, il y a 23 COMS (College of Osteopathic Medicine) qui ont formé environ 60.000 DO's. Ils font partie intégrante des soins de santé primaires et peuvent également se spécialiser dans diverses branches de la médecine.

Avec près de 100.000 ostéopathes actifs en l'an 2020, l'ostéopathie est une des professions médicales qui se développe le plus rapidement dans le système de santé américain.

1.2 L'ostéopathie en Europe

L'ostéopathie en Europe et dans le reste du monde a connu une évolution fort différente. John Martin Littlejohn (1865-1947) est celui qui amène l'ostéopathie en Europe.

En 1900, Littlejohn fonde le Collège d'Ostéopathie de Chicago. En 1913, il retourne en Angleterre et en 1917, il fonde la British School of Osteopathy.

L'ostéopathie est finalement régularisée en 1993, par la signature de l'"Osteopaths Act", comme profession à part entière de première intention – reconnue légalement et réglementée. Le General Osteopathic Council (GOsC) est élu pour réglementer l'ostéopathie au Royaume-Uni, pour enregistrer les praticiens, pour protéger les patients et pour promouvoir la profession.

Aujourd'hui, les collèges d'ostéopathie anglais sont rattachés aux structures officielles de l'enseignement supérieur.

D'Angleterre, l'ostéopathie arrive en Europe continentale. Après la France et plus tard la Belgique, elle conquiert le reste de l'Europe.

⁴ van Dun P.L.S. (éd.) 2010, Profil de compétences professionnelles pour l'ostéopathe, Bruxelles : Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl)

1.3 L'Ostéopathie en Belgique

Les premiers ostéopathes belges commencent à professer au début des années 70. Ils ont obtenu leur diplôme au Royaume-Uni ou en France.

En 1976, la première formation à temps partiel en ostéopathie est ouverte à Bruges par l' "Institut William Garner Sutherland" (IWGS) qui devient ensuite le "Sutherland College of Osteopathic Medicine" (SCOM) et qui ouvre une branche néerlandophone en 1985.

En 1986, la première Union Professionnelle, la Société Belge d'Ostéopathie (SBO) est créée, résultat de la fusion de deux associations pionnières : la Société Belge d'Ostéopathie et de Recherche en Thérapie Manuelle (SBO-RTM) et l'Association Belge d'Ostéopathie (ABO). La même année l'Académie Belge d'Ostéopathie est formée. La SBO, déjà désireuse d'organiser un enseignement de niveau universitaire, suite aux poursuites pénales d'un confrère ostéopathe, crée un enseignement sur le campus de la Vrije Universiteit van Brussel (VUB) en octobre 1986. Mais cette tentative n'a pas abouti et le cours n'a jamais conduit à un diplôme universitaire. Il est devenu le Cours Ostéopathie Cursus (COC), un enseignement privé, actuellement dénommé Collège Belge d'Ostéopathie (CBO). D'autres enseignements privés voient aussi le jour : le JWIAO en 1988, l'IAO en 1989 et le FICO en 1993. Leurs diplômés fondent à leur tour de nouvelles Unions Professionnelles, ce qui va diviser la profession (Unie Van Osteopaten (UVO) en 1996, l'Union Belge des Ostéopathes (UBO) en 1996, le Registre des Ostéopathes de Belgique (ROB) en 1997 et l'Association Belge des Ostéopathes Classiques (ABOC) en 1999).

En 2000, le GNRPO asbl a vu le jour, une organisation qui réunit et chapeaute toutes les Unions Professionnelles citées plus haut dans le but d'adopter une position commune pour la défense socio-professionnelle de la profession. En 2004, la première année académique de la formation officielle en six ans d'études commence à l'ULB.

Still, un médecin américain, introduit l'ostéopathie à la fin du 19ème siècle. Au début du 20ème siècle, l'ostéopathie fait son entrée au Royaume-Uni (UK) et dans les années 70, les premiers ostéopathes s'installent en Belgique. La doctrine médicale initiale, un mélange de métaphysique et de spéculations mécanicistes, s'est aujourd'hui transformée en une médecine manuelle qui s'appuie sur la science moderne.

2. Définition

La définition présentée à la Chambre de l'Ostéopathie par les représentants des ostéopathes (11/09/2012) est libellée comme suit :

"L'ostéopathie est une approche diagnostique et thérapeutique manuelle des dysfonctions de mobilité articulaire et tissulaire en général dans le cadre de leur participation à l'apparition des maladies."

La définition telle que formulée par l'OMS (WHO)⁵ :

"Osteopathy is a system of medicine that emphasizes the theory that the body can make its own remedies, given normal structural relationships, environmental conditions, and nutrition. It differs from allopathy primarily in its greater attention to body mechanics and manipulative methods in diagnosis and therapy."

World Health Organization (WHO)

Lors de la réunion de la Chambre d'Ostéopathie du 12/06/2012, un profil de compétences professionnelles⁶(PCP) a été voté et approuvé de façon unanime. On peut y lire :

"La profession d'ostéopathe est une profession clinique à compétences spécifiques dans le cadre des soins de santé. L'ostéopathe est le spécialiste des troubles, algies et pathologies fonctionnelles. Son approche thérapeutique du patient est essentiellement manuelle. Bien que la majorité des indications relèvent de l'appareil locomoteur, l'ostéopathe peut être néanmoins consulté pour des troubles fonctionnels autres que musculo-squelettiques...".

Malgré cette description claire de l'ostéopathe, une autre définition standard a dû être votée.

A la demande explicite des représentants des Facultés de Médecine, des modifications ont été apportées à la définition proposée. Afin de ne pas bloquer les négociations, et d'aboutir à un compromis acceptable, la définition-compromis sous-mentionnée a été votée le 11/09/2012. Elle n'est pourtant pas conforme au profil complet de l'ostéopathe qui a été approuvé dans le PCP.

La définition votée par la Chambre⁷ (11/09/2012) :

"L'ostéopathie est une approche manuelle diagnostique et thérapeutique des pathologies. Dans le cadre d'une prise en charge en première ligne des patients, elle s'adresse exclusivement aux dysfonctionnements de l'appareil locomoteur et du système nerveux périphérique. Les pathologies qui n'entreraient pas dans la définition susmentionnée ne peuvent être prises en charge qu'en seconde ligne".

L'ostéopathe est le spécialiste des troubles, algies et pathologies fonctionnelles. Son approche thérapeutique du patient est essentiellement manuelle. La définition de l'avis K2 de la Chambre d'Ostéopathie doit être considérée comme un compromis.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé - OMS (2004) - A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. WHO, Genève.

⁶ Avis K3 Avis de la Chambre d'Ostéopathie du 12 juin 2012 relatif au niveau de formation pour atteindre le profil requis en ostéopathie.

⁷ Avis K2 de la Chambre d'Ostéopathie du 11 septembre 2012 relatif à la définition de l'ostéopathie en application de la Loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

3. Profil des ostéopathes

Dans ce chapitre, nous décrivons la pratique de l'ostéopathie aujourd'hui. A cette fin, nous nous basons principalement sur des études récentes^{8,9}. Lorsque cela est possible, ces données sont comparées à celles d'études étrangères, en particulier du Royaume-Uni.

Les plus de 1.500 ostéopathes forment une profession relativement jeune.

Actuellement (Janvier 2013), il y a plus de 1100 ostéopathes enregistrés dans les différentes Unions Professionnelles d'ostéopathes de Belgique. Plus de 400 ostéopathes ne sont membres d'aucune Union Professionnelle reconnue et ne sont donc liés à aucune réglementation ni contrôlés sur la formation continue. Le nombre de personnes qui ont suivi une formation d'ostéopathe est d'ailleurs encore plus élevé, car un certain nombre de kinésithérapeutes qui ont suivi une formation en ostéopathie, continuent d'exercer en tant que kinésithérapeute et n'adhèrent jamais à une Union Professionnelle d'ostéopathes (parce que l'adhésion dans presque toutes les Unions Professionnelles implique de rendre inactif son agrément INAMI en tant que kinésithérapeute, ce qui semble une exigence trop lourde pour certains).

Actuellement, environ 60-70 ostéopathes sont agréés chaque année en Belgique. Le nombre de praticiens qui quittent la profession est, lui, très faible. La répartition par âge des ostéopathes est illustrée dans la Figure 1.

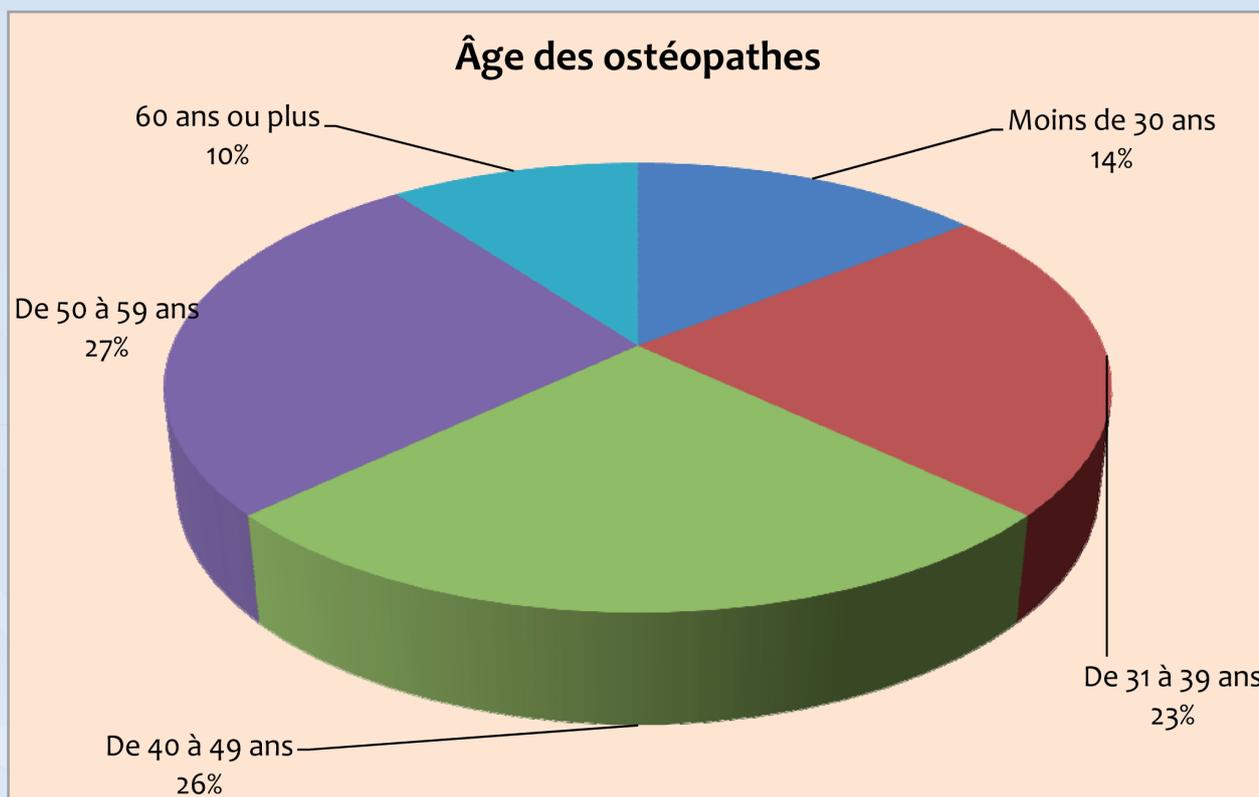


Figure 1: Âge des ostéopathes

⁸ Hesse E. Enquête de Santé par interview, Belgique 2008. Contact avec des prestataires de thérapies non conventionnelles. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) 2010.

⁹ De Gendt T, Desomer A, Goosens M, Hanquet G, Léonard C, Mélard F, Mertens R, Piérart J, Robays J, Schmitz O, Vinck I, Kohn L. Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2010. KCE Reports 148B. D/2010/10.273/92 <http://kce.fgov.be/publication/report/osteopathy-and-chiropractic-state-of-affairs-in-belgium>

Nous pouvons en déduire que l'âge médian des ostéopathes belges est d'environ 45 ans. Il diffère peu de celui au Royaume-Uni (43 ans)¹⁰ (KPMG 2011).

Il ressort aussi que l'ostéopathie en Belgique est une profession relativement jeune si l'on considère l'ancienneté moyenne de l'exercice de l'ostéopathie qui était de 12 ans en 2010. La valeur médiane était de 10. Plus d'un quart des ostéopathes a une expérience de moins de 5 ans. Ceci est révélateur d'un intérêt croissant pour la profession.

La répartition de l'ancienneté est illustrée dans la Figure 2 (source: rapport KCE).

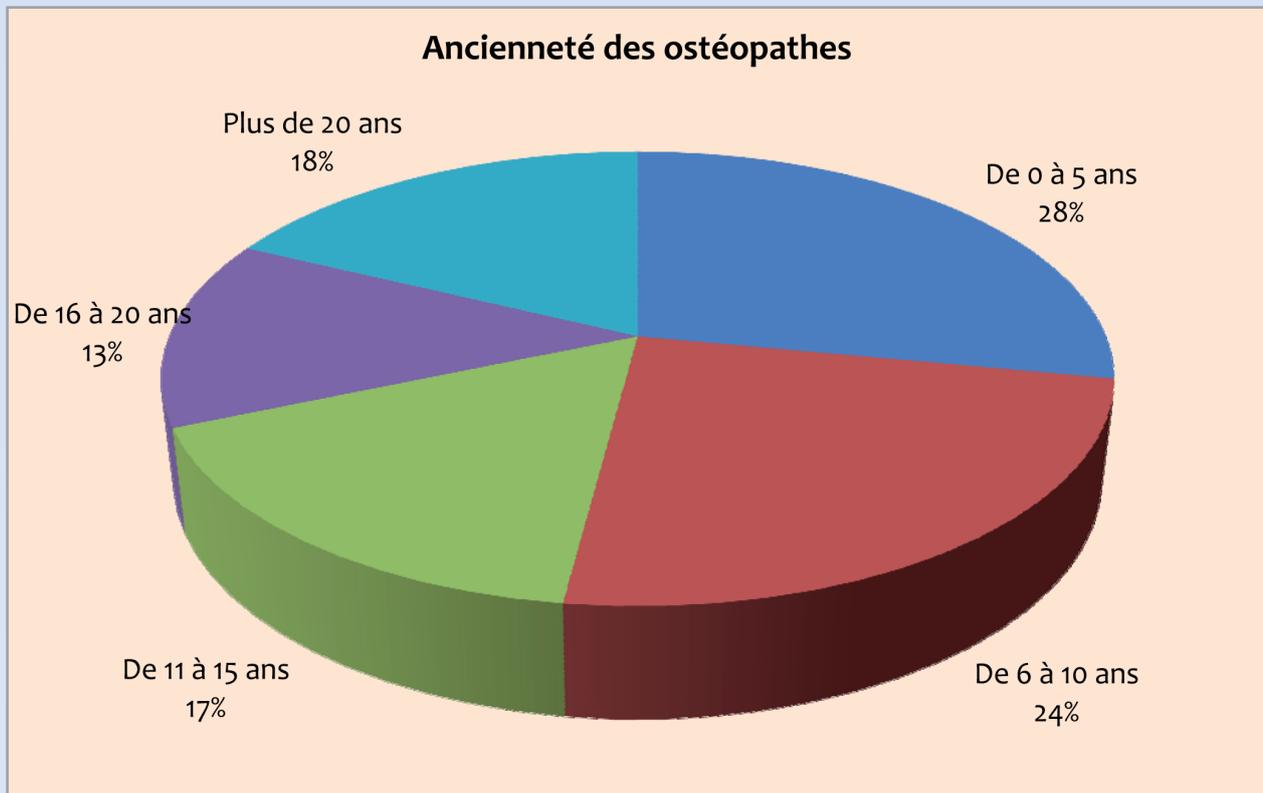


Figure 2: Ancienneté des ostéopathes

En Belgique, la profession d'ostéopathe est principalement pratiquée par des hommes. Actuellement, à peine 28% des ostéopathes sont des femmes. Il faut sans doute en trouver l'explication dans le fait que la plupart des ostéopathes ont dû combiner leur formation professionnelle pendant 5 ans avec leur vie professionnelle et leur vie familiale, ce qui n'est pas toujours évident pour des femmes ayant des enfants. Mais le pourcentage de femmes commence à augmenter, notamment en raison de l'éventail des formations à temps plein qui peuvent être suivies après l'enseignement secondaire.

La plupart des ostéopathes exercent leur profession en Flandre (58%). Un peu moins d'un tiers (29%) travaillent en Wallonie et 13% à Bruxelles¹¹. Ces chiffres sont globalement conformes aux chiffres de la population. Plus généralement, on peut dire que les ostéopathes sont assez bien répartis dans le pays.

¹⁰ KPMG. How do osteopaths practice? London, GOSc, 2011

¹¹ Ibid.

La majorité des ostéopathes travaillent en solo.

Selon le KCE, trois ostéopathes agréés sur quatre pratiquent exclusivement l'ostéopathie. 15% des ostéopathes agréés exercent également la kinésithérapie, deux ostéopathes sur dix exercent d'autres thérapies.

Trois ostéopathes sur quatre travaillent à temps plein. La répartition est illustrée dans la Figure 3.

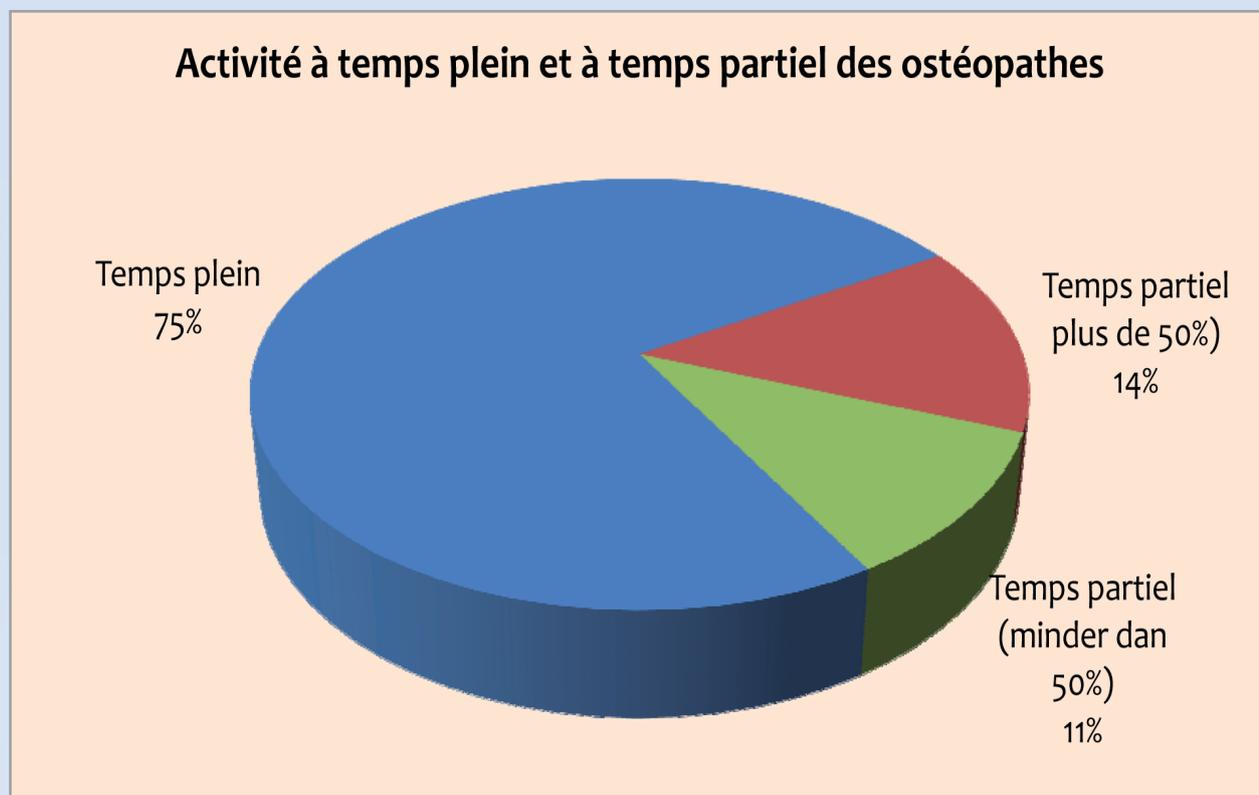


Figure 3: Activité à temps plein et à temps partiel des ostéopathes

En Australie, la moyenne est de $\frac{1}{4}$ de patients déjà connus et $\frac{3}{4}$ de nouveaux patients (IDA Economics, 2008). En Grande-Bretagne, le rapport est différent : sur 34 patients, il y en a 30 de connus et 4 nouveaux. Cette différence peut s'expliquer par la longue tradition ostéopathique au Royaume-Uni.

Près de six ostéopathes sur dix exercent l'ostéopathie en solo (De Gendt et al 2010). Trois sur dix travaillent toujours en cabinet groupé et 12% travaillent en solo ou en cabinet groupé. Les confrères des ostéopathes qui travaillent dans ces cabinets groupés sont, selon le rapport KCE, avant tout d'autres ostéopathes (un tiers des ostéopathes travaillent avec d'autres ostéopathes) ou des kinésithérapeutes (un quart). La répartition est illustrée dans la Figure 4.

Cette situation est similaire à celle au Royaume-Uni en 2001¹² (GOsC 2001) où 56% des ostéopathes travaillaient seuls. L'étude britannique récente et susmentionnée du KPMG¹³ (2011) qui a été menée 10 ans plus tard en Grande-Bretagne, montre une augmentation de la proportion des cabinets groupés. Quatre ostéopathes sur dix travaillent désormais régulièrement avec d'autres professionnels de la santé (voir Figure 5).

Cette étude a également montré que près de 20% des ostéopathes travaillent chez eux. En Belgique, le pourcentage est sans doute plus élevé.

¹² BDI. Snapshot Survey 2001. Results. London, General Osteopathic Council (GOsC), 2001

¹³ Ibid.

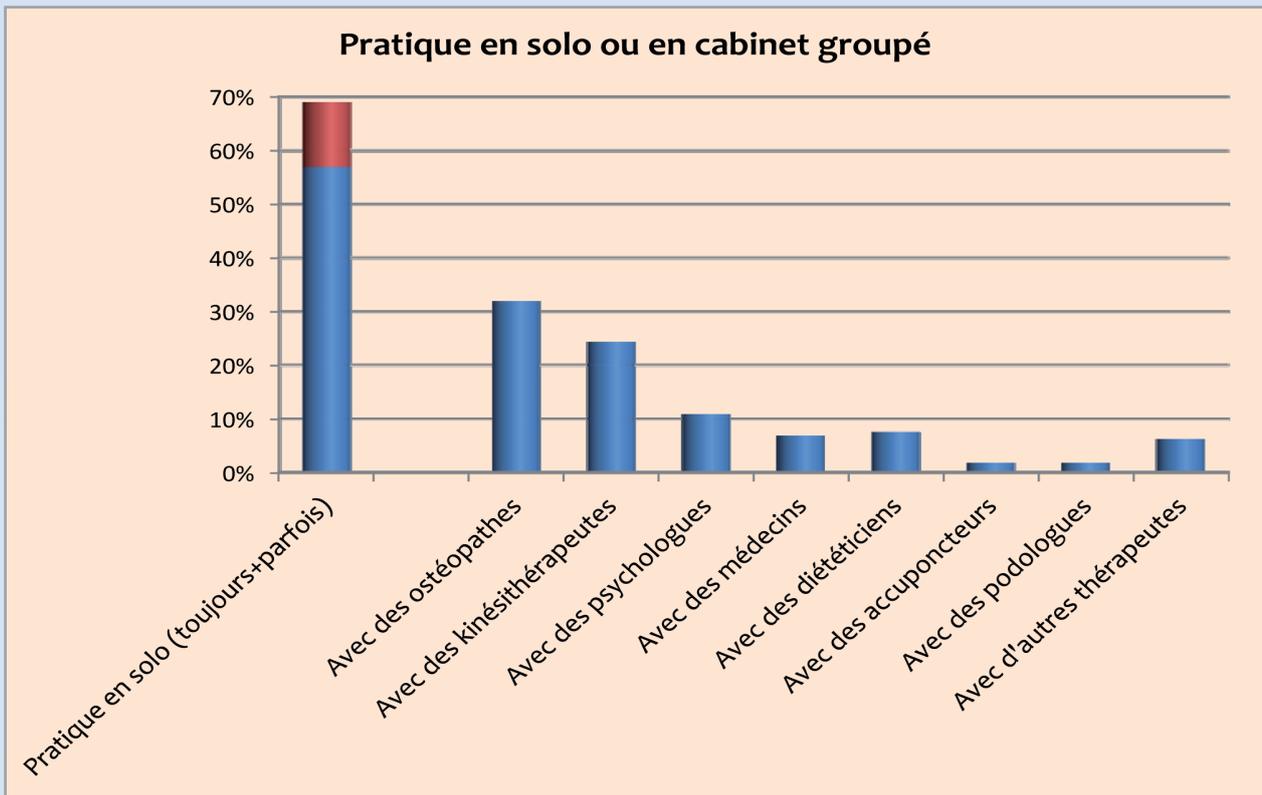


Figure 4: Pratique en solo ou en cabinet groupé

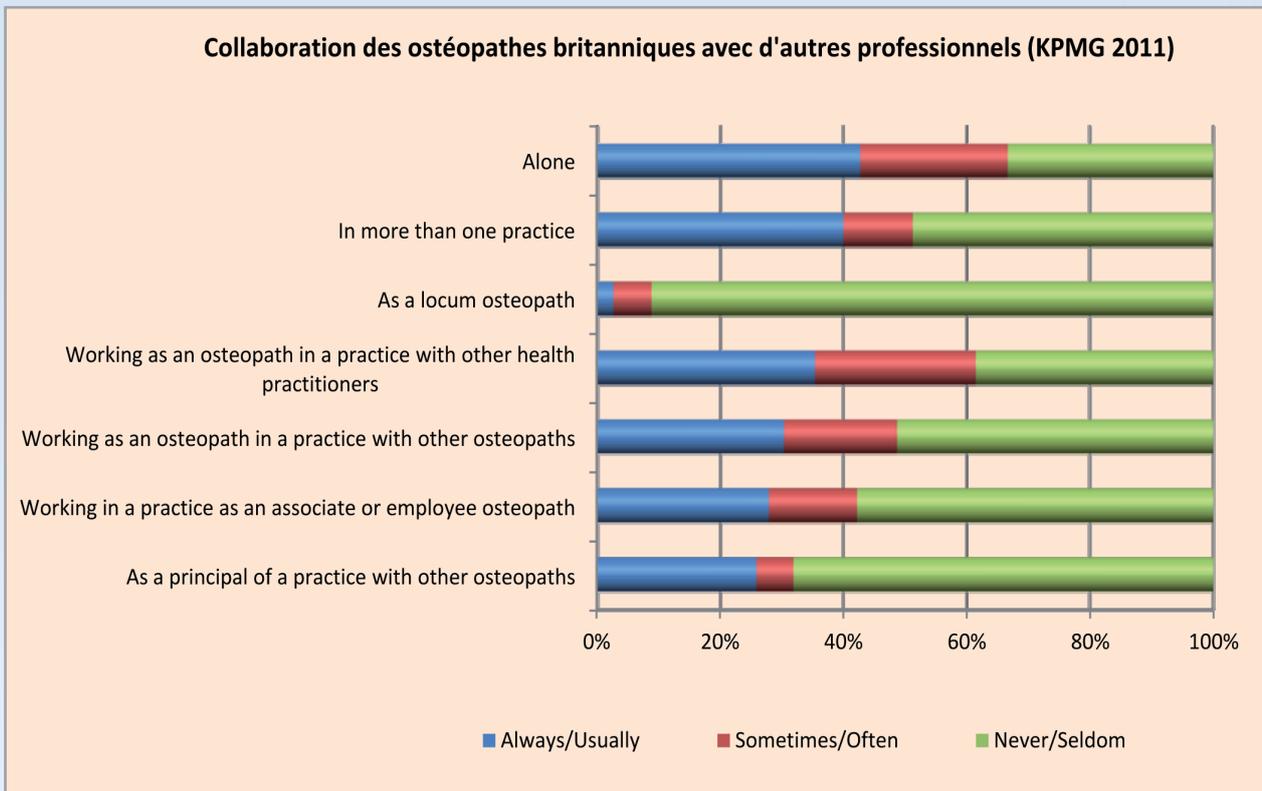


Figure 5: Collaboration des ostéopathes britanniques avec d'autres professions

Il y a plus de 1500 ostéopathes, principalement des hommes, en activité en Belgique. exercent l'ostéopathie de manière exclusive et pour la majorité ils exercent seuls en cabinet. L'âge moyen de l'ostéopathe est de 45 ans et son ancienneté est en moyenne de 12 ans.

4. La formation des ostéopathes

Malgré que l'on ait très tôt et toujours persisté dans nos tentatives pour obtenir l'organisation d'un enseignement universitaire (voir ci-dessus : l'histoire de l'ostéopathie en Belgique), la profession s'est vue obligée de mettre en place un enseignement privé et non-subsidé.

La grande majorité des ostéopathes ont d'abord suivi une première formation de niveau supérieur avant de devenir ostéopathe : 83 % la kinésithérapie, 1% la médecine et 4% une autre formation. Ensuite Leur parcours éducatif a duré 4 à 6 ans dans l'enseignement privé pour devenir ostéopathe. Mais, selon le rapport KCE (De Gendt et al. 2010), en 2009, déjà 12 % des ostéopathes avaient obtenu leur diplôme directement sans avoir suivi d'autre formation avant.

De plus, depuis 2003 une formation continue obligatoire¹⁴ a été mise en place pour les 1100 ostéopathes membres des Unions Professionnelles reconnues.

Il apparaît donc qu'aujourd'hui l'ostéopathe a un niveau d'études qui justifie sa position de première ligne dans les soins de santé.

Le seul établissement d'enseignement 'régulier' belge qui offre actuellement une formation d'ostéopathie est l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Depuis l'année académique 2004-2005, l'ULB organise un Master Complémentaire (MC) à la Faculté des Sciences de la Motricité^{15,16}. Ce MC est réservé aux détenteurs d'un diplôme de Sciences de la Motricité (ScM) avec orientation en ostéopathie (cette discipline débute dès la première année de ScM). Après trois années de Bachelor et deux années de Master ScM, orientation "ostéopathie", une sixième année MC ostéopathie est requise. Le programme est établi et enseigné par des professeurs des Facultés de Médecine et des Sciences de la Motricité et les cours pratiques d'ostéopathie sont donnés par des ostéopathes DO.

Du côté flamand, les universités n'ont jamais été très enthousiastes vis-à-vis de l'ostéopathie. Cette attitude a été confirmée en 2012 par une lettre des doyens de Médecine flamands dans laquelle on peut lire: "elles - [les Facultés de Médecine de la Communauté Flamande] - ne veulent, sous aucun prétexte, être impliquées dans une telle formation, ni collaborer à celle-ci, ni la soutenir"¹⁷.

Cette attitude contraste fortement avec le vote de la Chambre d'Ostéopathie où les représentants des différentes Facultés de Médecine flamandes et francophones ont voté unanimement pour l'enregistrement individuel des professionnels de l'ostéopathie¹⁸ (Chambre d'Ostéopathie, avis K1, 12/06/2012) ainsi que pour une formation en ostéopathie dans les universités, et ceci conformément au profil de compétences professionnelles (annexe), lui aussi approuvé unanimement (Chambre d'Ostéopathie, avis K3, 12/06/2012)¹⁹.

Dans l'enseignement privé du côté flamand (IAO et FICO), on a établi des accords de coopération avec des établissements académiques à l'étranger afin de pouvoir offrir des formations Master (accréditées à l'étranger) en ostéopathie.

¹⁴ http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Continued_Education/FPO_FR/fr_reglement_FPO_02-2012.pdf.

¹⁵ Rapport à l'Académie Royale de Médecine de Belgique – commission d'avis - [15/11/2004]. Membres de la Commission : Professeurs Boniver J., De Marneffe R., Melin J., Rooze M., Vanherweghem JL., Vincent A. et <http://homepages.ulb.ac.be/~pklein/osteoulb.html>

¹⁶ http://banssb.ulb.ac.be:9000/PROD_frFR/bwkkspgr.showpage?page=ESC_PROGCAT_PRGREQ&pname=PPROGCODE&pvalue=MC-OSTE&pname=TERM&pvalue=201011.

¹⁷ Dupont A., Englert Y., Vanderstraeten G., D'Orio V., Goffin J., Muller R.R., Stinissen P., Zech F., Van Royen P., Masereel B. Les pratiques non conventionnelles d'homéopathie, chiropraxie, acupuncture et ostéopathie : Prise de position unanime des doyens des facultés de médecine des universités belges. 2012. http://www.actuamedica.be/open/PDF/nietconventionele_praktijken-NL_FR.pdf

¹⁸ Avis K1 de la Chambre d'Ostéopathie du 12 juin 2012 relatif à l'enregistrement individuel des praticiens professionnels en ostéopathie.

¹⁹ Avis K3 de la chambre d'Ostéopathie du 12 juin 2012 relatif au niveau de formation pour atteindre le profil requis en ostéopathie.

L'IAO organise, en collaboration avec le University of Applied Sciences Tyrol²⁰ (Innsbruck, Autriche), à Gand une formation de Master of Science en ostéopathie en néerlandais (180 + 120 ECTS). Cette formation est accréditée en Autriche.

Juridiquement parlant, ces formations organisées en Flandre ne donnent pas de diplôme flamand, mais les titres de Master décernés sont valides en Flandre²¹.

Le FICO organise, en collaboration avec le Dresden International University (DIU, Dresden, Duitland) et l'Internationale Osteopathie Schule Deutschland (OSD), un Master of Science en ostéopathie à Anvers. Ce Master est reconnu par l'État libre de Saxe en Allemagne²².

Ce fait illustre bien qu'une formation en Flandre est absolument nécessaire, accréditée par la NVAO et de préférence intégrée dans les universités flamandes. Cela permettrait de s'assurer qu'en plus des diplômes francophones et étrangers en ostéopathie, on puisse aussi obtenir un diplôme flamand en ostéopathie. Tant que le monde universitaire flamand continuera de nier ce besoin social (700.000 patients par an selon le KCE), l'unique solution pour les étudiants flamands sera de suivre la formation en français de l'ULB ou une formation Master de l'étranger (même si celle-ci est organisée en néerlandais en Flandre).

L'avis voté à la Chambre d'Ostéopathie concernant le niveau de formation en ostéopathie pour répondre au profil requis dit que la formation devrait être organisée dans les universités et qu'elle devrait aboutir à un Master en Ostéopathie (Chambre d'Ostéopathie avis K3, 12/06/2012). Cette vision que la formation d'ostéopathie devrait passer par un "Bachelor of Science en Médecine, en Sciences de la Motricité ou en Kinésithérapie" est clairement une erreur de perception du parcours de formation actuel en ostéopathie à l'ULB. Pour des raisons pragmatiques, on a choisi ici une formation en ostéopathie en tronc commun avec les Sciences de la Motricité dans les années Bachelor et avec la Médecine dans les années Master.

Autrement dit, la formation d'ostéopathe de l'ULB compte 6 années au total. Ces 6 ans ne consistent absolument pas en 3 années de Science de la Motricité et ensuite 3 années d'Ostéopathie. En réalité, dans le parcours de formation, des cours spécifiques à l'ostéopathie sont dispensés dès la première année de Bachelor.

Ce choix clairement pragmatique a été principalement fait pour des raisons financières et n'est pas un critère pour le parcours d'enseignement en ostéopathie. Si les moyens financiers et l'encadrement le permettent, il est évident qu'il serait souhaitable de proposer un Bachelor en Ostéopathie suivi d'un Master en Science de l'Ostéopathie.

Il est impossible de former un ostéopathe en seulement deux années après l'obtention d'un Bachelor dans une autre profession. La formation d'ostéopathe commence le premier jour du cursus. Cela signifie également que les cours scientifiques de base qui sont propres au curriculum d'une formation médicale font partie intégrante du Bachelor en Ostéopathie.

Mais il est possible de suivre un parcours individuel adapté pour devenir ostéopathe après avoir obtenu un "Bachelor of Science en Médecine, en Sciences de la Motricité ou en Kinésithérapie" par le système des EVC (Eerder Verworven Competenties - compétences acquises antérieurement) et des EVK (Eerder Verworven Kennis - qualifications acquises antérieurement).

²⁰ www.fhg-tirol.ac.at/page.cfm?vpath=master_lehrgaenge.

²¹ Tout comme dans 46 autres pays et régions d'Europe.

²² <http://www.di-uni.de/index.php?id=52>

http://www.fico.be/nl/De_opleiding/Bachelor,_Master_en_PhD/

Le niveau de formation de l'ostéopathe est donc le Master. La formation est organisée au sein ou en collaboration avec la Faculté de Médecine et des Sciences de la Motricité. Les cours théoriques et pratiques sont dispensés par des spécialistes à la fois enseignants et chercheurs. Disposant d'une maîtrise de la matière et participant activement au développement de leur spécialité, ils sont les garants d'un enseignement de haut niveau fréquemment actualisé.

Fondé sur la recherche, l'enseignement assure ainsi un lien fort entre les connaissances scientifiques et la pratique professionnelle. Il stimule l'autonomie, développe la pensée critique et pose les bases nécessaires à l'acquisition des compétences. La formation permet de les acquérir de manière progressive lors de situations variées d'apprentissage telles que les cours magistraux, le travail personnel ou en groupe, les séminaires, les travaux pratiques, l'acquisition d'aptitudes, la réflexion professionnelle, les stages et les échanges internationaux. Régulièrement les mises en situations professionnelles simulées, puis réelles, permettent de mettre en pratique les nouvelles compétences.

Outre le souhait explicite du groupe professionnel²³, il est absolument nécessaire d'organiser aussi en Flandre, dans l'intérêt du patient, un Master académique qui satisfasse aux critères d'enseignement établis par la Communauté Flamande.

Pour la grande majorité (83%) des ostéopathes, le parcours éducatif a consisté à d'abord suivre une formation en kinésithérapie et ensuite 4 à 6 ans d'études dans un enseignement privé d'ostéopathie pour devenir ostéopathe. Ce circuit privé est né du refus des universités à mettre en place un enseignement officiel de l'ostéopathie. Un changement est survenu lors de l'année académique 2004-2005 quand la première formation Manama (Master after Master) officielle en 6 ans en ostéopathie a débuté à l'ULB. La Flandre reste temporairement dépourvue d'une formation académique publique.

²³ Etats Généraux de l'Ostéopathie, 26.10.2007, GNRPO asbl, Bruxelles.

5. Importance sociale

L'OMS (WHO) a publié un rapport²⁴ en 2001 sur le recours aux médecines non conventionnelles, qui a montré qu'à l'époque, en Belgique, 40% de la population avait déjà consulté un praticien de médecine non conventionnelle. L'étude du KCE de 2010 arrive à la conclusion qu'en 2009, 12% de la population adulte (dont 15% ont déclaré avoir eu un problème médical au cours des 12 derniers mois) a consulté un prestataire de soins non conventionnel. Dans certains pays européens, ces pourcentages sont encore plus élevés.

Tous les trois à quatre ans, des analyses sont faites par l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP) sur le recours à la médecine conventionnelle et non conventionnelle en Belgique. Les sondages utilisés dans ces études sont assez importants (5.800 ménages). L'enquête ISP de 2008 a montré qu'à l'époque, 6,4% de la population avaient consulté un ostéopathe au cours des 12 derniers mois²⁵. En extrapolant ces chiffres à la population totale, cela implique que chaque année, environ 700.000 personnes consultent un ostéopathe. Les trois quarts de ces personnes consultent l'ostéopathe plusieurs fois par an. On estime que tous ces patients représentent entre 1,5 million et 2 millions de consultations ostéopathiques par an. Actuellement, les patients belges dépensent entre 89 et 93 millions d'euros par an pour l'ostéopathie²⁶.

Il est possible de comparer les résultats des études ISP 2001, 2004 et 2008 et d'en ressortir les chiffres par Région. Voir la Figure 7. Ce tableau montre qu'en Flandre et en Wallonie, entre 2001 et 2008, il y a eu une augmentation considérable du recours à l'ostéopathie. A Bruxelles, la croissance a été moins spectaculaire. On retrouve un plus grand pourcentage de personnes ayant eu recours à l'ostéopathie, en chiffres absolus, en Wallonie qu'en Flandres.

²⁴ World Health Organization (WHO). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide review. Genève 2001.

²⁵ *ibid.*

²⁶ Louis I., Dossier alternatieve Geneeswijzen, Palfijngroep, 2012.

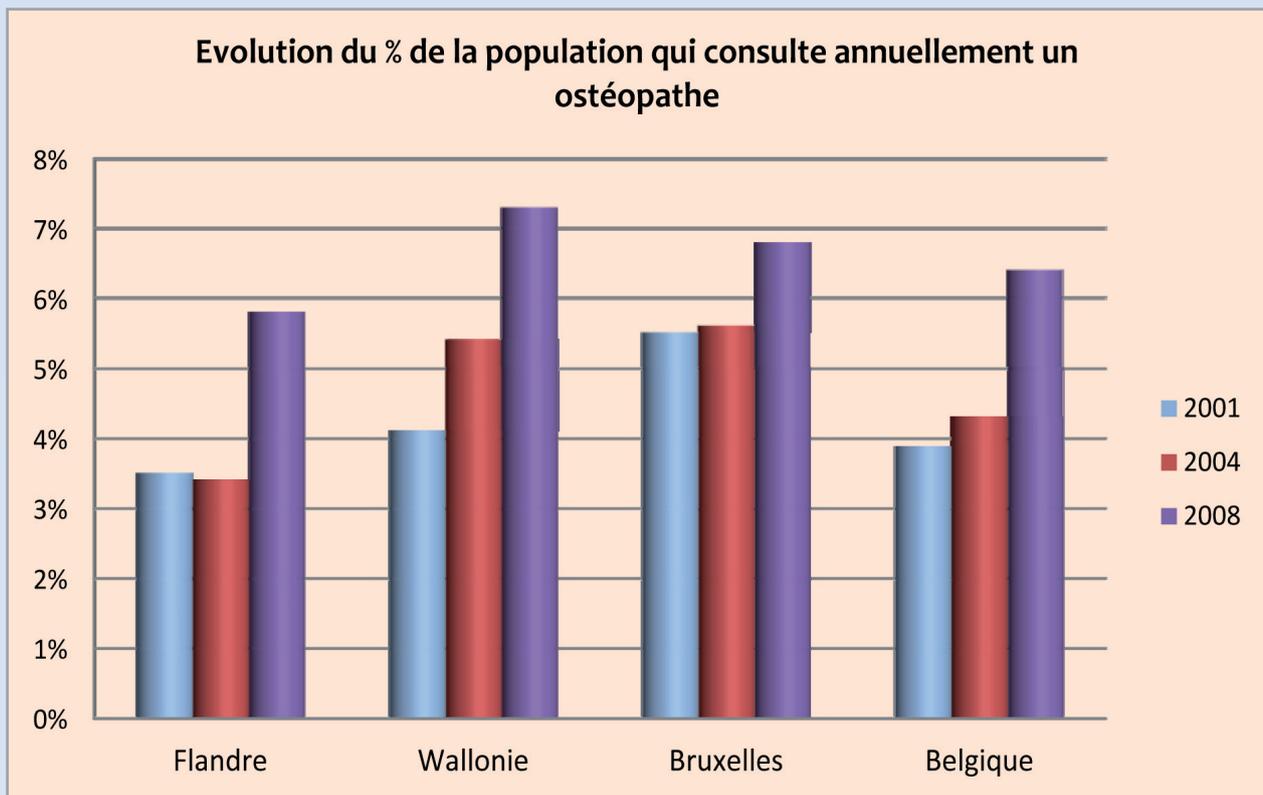


Figure 6: Evolution du % de la population qui consulte annuellement un ostéopathe

Le KCE est arrivé dans son enquête à des chiffres légèrement plus bas mais comparables à ceux de l'ISP. L'enquête du KCE a révélé qu'en 2009, 5,4% de la population adulte belge ont consulté un ostéopathe (6,7% si l'on compte uniquement les personnes présentant des pathologies). Notez que l'étude KCE a été basée sur un échantillon beaucoup plus petit que celui de l'ISP et ne tenait pas compte de la population de moins de 18 ans²⁷.

En général, les patients des ostéopathes sont satisfaits voire même très satisfaits de leur ostéopathe. La confiance octroyée à l'ostéopathe et aux soins qu'il donne est élevée. C'est ce qui ressort de toutes les études qui ont été menées dans le pays et à l'étranger. Les patients qui ne sont pas satisfaits des soins administrés constituent une petite minorité. Les personnes qui se sont dites insatisfaites ont aussi déclaré être insatisfaites de leurs médecins et des autres prestataires de soins conventionnels.

Il y a une autre conclusion intéressante dans le rapport KCE : le fait que les deux tiers de la population n'aient toujours pas eu recours à un ostéopathe ou à une autre médecine non conventionnelle n'a de rapport avec le manque de confiance que pour à peine un quart d'entre eux. Les principales raisons sont le fait de ne pas connaître ces médecines (34%), de ne pas en avoir eu besoin (18%), et qu'elles sont trop chères ou trop loin (14%).

²⁷ Ibid.

L'Union des consommateurs, a par le passé, mené l'enquête à plusieurs reprises sur la satisfaction des patients sur les médecines non conventionnelles en général et sur l'ostéopathie en particulier. Une première étude en 1982 montrait déjà que 87% des patients qui avaient été pris en charge par un prestataire de soins non-conventionnel en étaient satisfaits. Dans l'enquête de 2002 sur l'ostéopathie²⁸, des questions étaient posées sur la possibilité du patient d'expliquer son problème, sur la compréhension et l'expertise du prestataire de soins, et sur le temps consacré au patient. Les ostéopathes ont obtenu, pour ces critères, des scores moyens de 9,0 et de 9,1 sur 10, comparative-ment à une moyenne de 8,2 et de 8,3 sur 10 pour les médecins.

L'enquête sur les médecines alternatives²⁹ a montré que l'ostéopathie recevait la satisfaction la plus élevée de toutes les médecines, tant conventionnelles que non conventionnelles (et pas seulement en Belgique mais aussi en Italie, en Espagne et au Portugal) : 88 % étaient satisfaits de la possibilité d'expliquer le problème au prestataire de soins, 87% du temps consacré au traitement et 87% de l'information obtenue sur les causes de leur problème (voir Figure 7). Bien que Delterne et Sermeus expriment une certaine réserve par rapport à l'efficacité d'une telle médecine, nous ne pouvons ignorer ces chiffres, l'ostéopathie affichant une satisfaction de 77 % pour les résultats d'un traitement.

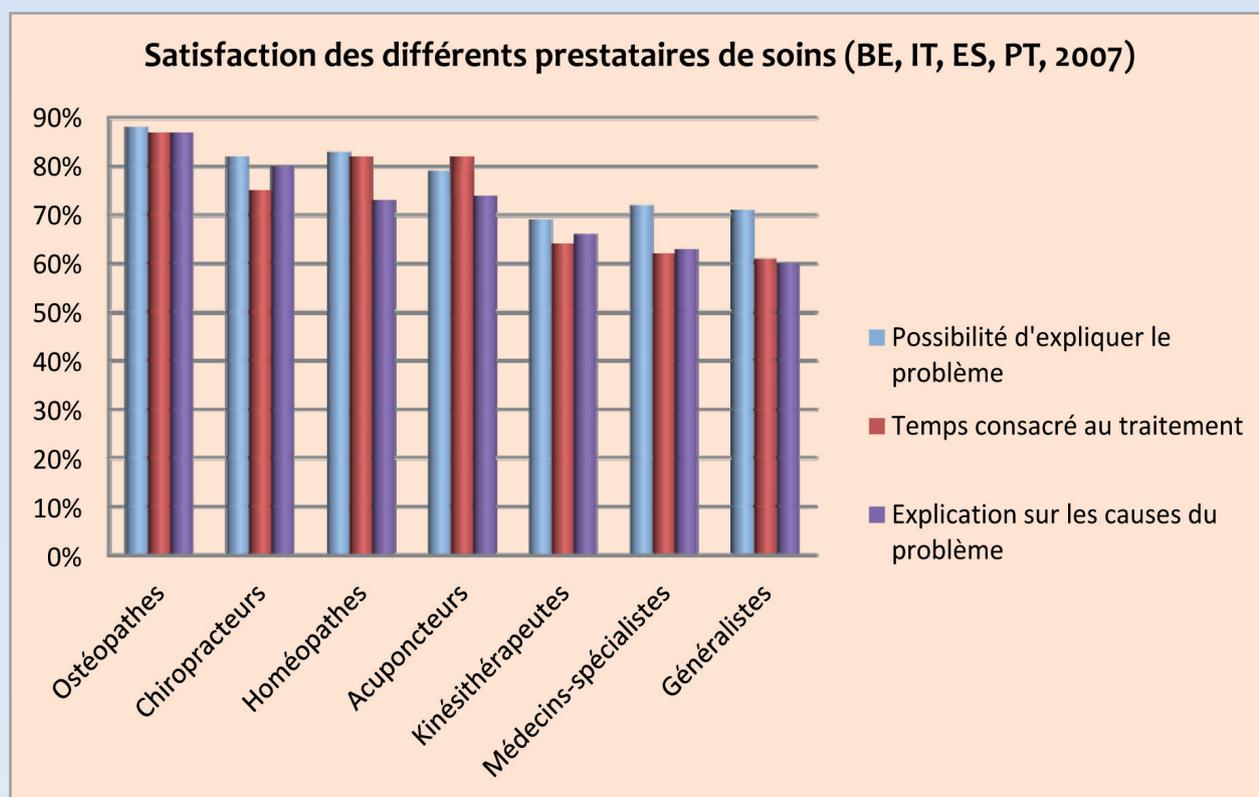


Figure 7: Satisfaction des différents prestataires de soins

²⁸ Nauwelaers I., Sermeus G., Dans les mains de l'ostéopathe. Test Santé n°52. Bruxelles. Union des consommateurs (Test-Achats). 2003.

²⁹ Delterne E., Sermeus G. Enquête : les médecines alternatives. Test Santé n°81. Bruxelles. Union des consommateurs (Test-Achats). 2007.

84% des personnes interrogées ont aussi affirmé qu'ils recommanderaient l'ostéopathie à leur famille ou amis.

Ces résultats sont cohérents avec les recherches antérieures menées par l'Union des consommateurs, avec celles du KCE et avec d'autres études étrangères. En outre, des études au Royaume-Uni indiquent encore une très grande satisfaction des patients quant à leur prise en charge ostéopathique. Le projet d'étude OPEN de l'Université de Brighton³⁰ arrive même à 96% des patients satisfaits ou très satisfaits de la prise en charge ostéopathique, seuls 0,3% en sont insatisfaits (Leach et al 2011). Les recherches antérieures du GOsC³¹, l'organe de contrôle britannique pour l'ostéopathie, vont dans le même sens : 80% des personnes qui avaient consulté un ostéopathe, étaient satisfaites ou très satisfaites de leur traitement, 50% ont dit qu'il était très probable qu'ils recommanderaient l'ostéopathie à un ami.

La recherche montre que l'ostéopathie a une efficacité prouvée pour les maux de nuque et du bas du dos³². Certaines études suggèrent que l'ostéopathie génère une économie dans les coûts des soins de santé, une diminution de la consommation de médicaments, une réduction des tests diagnostiques et une diminution des risques de complications³³. Le chiffre d'affaires total généré par les patients qui ont recours à l'ostéopathie est estimé entre 89 et 93 millions d'euro³⁴. En règle générale, l'INAMI ne rembourse rien. Une intervention limitée est, par contre, prévue dans l'assurance complémentaire des mutualités. Concrètement, cela signifie que pas un EUR de l'argent public n'est dépensé pour les ostéopathes.

Au contraire, si les usagers de la santé devaient être traités par des prestataires de soins qui fonctionnent dans la nomenclature INAMI (médecins généralistes, pharmaciens et kinésithérapeutes dans la plupart des cas), on peut compter que cela coûterait au moins € 150 millions à la collectivité (les consultations, les analgésiques et anti-inflammatoires, les traitements de kinésithérapies) et cela sans compter les frais éventuels d'imageries médicales complémentaires (radiographies, CT ou IRM) ou de soins spécialisés. Les effets secondaires de la médication et les frais médicaux liés éventuels ne sont pas pris en compte. De plus, on constate que les patients aidés de façon adéquate, peuvent retourner au travail plus rapidement, ce qui peut être une économie supplémentaire significative dans le budget de la sécurité sociale ou de l'employeur.

Par ailleurs, nous constatons une évolution au niveau international vers la reconnaissance légale, la réglementation et la prise en compte de l'ostéopathie en tant que profession de santé indépendante et de première ligne (États-Unis, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Australie, Norvège, Suisse, France, Finlande, Malta).

L'importance sociale de l'ostéopathie ne fait aucun doute.

Selon le KCE, en 2010, 6,7% des Belges ont fait appel à un ostéopathe. L'ostéopathie est ainsi de loin la médecine non conventionnelle la plus consultée. La satisfaction des patients en ce qui concerne l'ostéopathie est la plus élevée parmi tous les prestataires de soins. La même étude montre que l'ostéopathie a une efficacité prouvée pour les douleurs de nuque et du bas du dos. De plus, des études suggèrent que l'ostéopathie permet de faire des économies. De plus en plus de pays au sein de l'UE octroient un statut légal à l'ostéopathie.

³⁰ Leach, J. et al. The OPEN project investigating patients' expectations of osteopathic care. Full research report. University of Brighton. 2011.

³¹ Ibid.

³² Voir le rapport KCE et la liste complète de références dans le Profil de Compétences Professionnelles Ostéopathie, GNRPO asbl.

³³ World Health Organization (WHO). Benchmarks for Training in Osteopathy, 2010.

³⁴ Louis Ide (N-VA), Association Pharmaceutique Belge (APB), l'Agence InterMutualiste (AIM) et la compagnie d'assurances DKV dans le journal « De Standaard » [25/01/2013].

6. Comment se déroule une consultation ostéopathique ?

L'ostéopathe réalise une prise en charge du patient en première ligne^{35,36,37,38}. Avant toute intervention thérapeutique, il réalise une anamnèse et un examen clinique pour établir ses hypothèses de travail. Pour éviter toutes contre-indications à une intervention thérapeutique (conventionnelle) et garantir la sécurité du patient, l'ostéopathe demandera éventuellement des examens complémentaires. L'article 9 § 3 de la loi Colla prévoit que "tout praticien d'une pratique non conventionnelle enregistrée doit prendre toutes les précautions pour éviter que son patient ne soit privé d'un traitement conventionnel".

Il établit ensuite le plan de prise en charge du patient et, si nécessaire (si les problèmes ne relèvent pas de ses compétences), il réoriente le patient vers d'autres prestataires de soins. L'ostéopathe tient également compte, dans son analyse des problèmes et dans son intervention, des attentes particulières du patient. Il réévalue régulièrement ses hypothèses de travail. Il ajuste son traitement et/ou réoriente le patient en fonction de celles-ci. Il réfère également le patient vers les examens complémentaires qu'il juge nécessaires dans le cadre des Bonnes Pratiques Cliniques ("Good Clinical Practice").

La durée du traitement et la fréquence des visites dépendent de chaque patient/usager de la santé et du motif de consultation. Le patient en est informé tout comme des changements éventuels dans le diagnostic, du plan de traitement et des examens cliniques complémentaires et/ou du renvoi nécessaire vers un autre thérapeute.

L'ostéopathie est basée sur des techniques qui peuvent être mises à l'épreuve des sciences expérimentales, et qui comprennent les rubriques majeures suivantes³⁹ :

- L'établissement d'une hypothèse de travail dans le processus diagnostique ostéopathique consistant en la perception des dysfonctionnements de la mobilité et des tensions des différents tissus;
- Des techniques manuelles sur les tissus mous et des mobilisations des articulations, y compris ce qu'il est convenu d'appeler des manipulations.
- La réalisation d'un examen clinique qui est interprété sur base des connaissances physiologiques, sémiologiques et anatomiques, soutenu par une palpation statique et dynamique des structures en souffrance;
- le recours à une batterie de tests qui sont propres à la profession, et l'interprétation des résultats;
- L'évaluation du système musculo-squelettique.

³⁵ Art.9 de la Loi Colla du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

³⁶ Avis K2 de la Chambre d'Ostéopathie du 11 septembre 2012 relatif à la définition de l'ostéopathie en application de la Loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

³⁷ van Dun P.L.S. (réd.) 2010, Profil de Compétences Professionnelles Ostéopathie, Bruxelles : Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl). http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Politics/Profil/PCP_Osteopathie_GNRPO.pdf.

³⁸ Avis K3 de la chambre d'Ostéopathie du 12 juin 2012 relatif au niveau de formation pour atteindre le profil requis en ostéopathie.

³⁹ Avis K5 de la Chambre d'Ostéopathie du 9 octobre 2012 relatif à la liste des actes autorisés et non autorisés pour les ostéopathes.

L'ostéopathe doit être en mesure par l'anamnèse et son examen clinique de réorienter tout patient qui présente des signes évocateurs d'une pathologie ne relevant pas de son art et en a l'obligation légale en vertu de l'article 9 §3 de la loi Colla.

L'ostéopathe doit être en mesure à minima de réaliser les actes techniques suivants:

- Prise de la fréquence cardiaque;
- Prise de la tension artérielle;
- Prise de la température;
- Prise des réflexes ostéotendineux;
- Réalisation de l'examen des nerfs crâniens;
- Examen de la sensibilité périphérique et de la motricité.

Sous certaines conditions à fixer par le Roi :

- Prescrire des rayons X standards (CT) et des IRM sans produits de contraste (cfr. le profil de compétences adopté par la Chambre d'Ostéopathie lors de la séance du 17 juillet 2012).

La pratique de l'ostéopathie ne consiste EN AUCUN CAS en :

- la rééducation fonctionnelle;
- l'utilisation de l'électrothérapie ou de la mécano-thérapie;
- toutes effractions de la peau et des muqueuses, y compris par tout type d'aiguille;
- interventions ayant pour objet, ou présentées comme tel, l'obstétrique;
- l'emploi de matériel thérapeutique électrique, diagnostique ou mécanique, à l'exclusion du matériel utilisé pour les techniques dites de 'crochetage' (fibrolyse diacutanée);
- utilisation d'endoscope, cathéter;
- réalisation d'injection ou ponction;
- réalisation de narcose;
- utilisation de sources radioactives ou ionisantes ou de rayons X;
- manoeuvres de cardio-version ou de modification du rythme cardiaque ou d'électro-convulsion par stimulation électrique;
- réalisation de lithotripsie;
- manipulation de cellules reproductives et d'embryons humains, et autres prestations visant à stimuler ou pallier à une infertilité humaine;
- la prescription ou la délivrance de médicaments;
- la rédaction de certificat médical;
- le traitement de la santé mentale.

La pratique de l'ostéopathie ne peut pas être exercée ni attestée comme un exercice de la kinésithérapie ou de la médecine.

Les Unions Professionnelles reconnues d'ostéopathes constatent que dans l'avis K5 de la Chambre d'Ostéopathie, la rééducation fonctionnelle et l'attestation de la kinésithérapie par un ostéopathe ne sont PAS autorisées. Il apparaît d'autant plus que l'ostéopathie et la kinésithérapie sont deux professions aussi distinctes qu'autonomes.

De plus, les constats suivants motivent la nécessité de la pratique exclusive de l'ostéopathie (décumul avec l'exercice de la kinésithérapie) :

- le statut juridique différent (AR n°78 - Loi Colla);
- la différence d'accessibilité (liée à l'INAMI - non-liée à l'INAMI);
- empêcher l'abus des moyens de l'INAMI (attestation de prestations ostéopathiques sous la nomenclature de la kinésithérapie);
- l'exercice exclusif mène à une compétence professionnelle plus élevée dans les deux sens;
- exclure la dichotomie dans sa pratique au profit du patient;
- positionnement plus clair par rapport aux autres professions de soins.

La profession plaide pour l'application de ce décumul, et ce aussi par rapport à d'autres professions de santé, pour les mêmes raisons.

L'ostéopathe réalise une prise en charge du patient en première ligne. Après avoir établi une hypothèse de travail dans le processus diagnostique ostéopathique, le patient est traité par des techniques manuelles sur les tissus mous et des mobilisations des articulations, y compris ce qu'il est convenu d'appeler des "manipulations". Il pratique l'ostéopathie exclusivement. L'ostéopathe se conforme strictement aux dispositions du profil de compétences professionnelles et s'il estime que la problématique ne relève pas de ses compétences, il renvoie le patient vers un prestataire de soins qualifié.

7. L'ostéopathie : une médecine sûre

Le peu de recherches qui ont été menées à ce propos montre qu'il n'y a pas ou peu d'effets secondaires qui sont rapportés après un traitement ostéopathique. Et quand des effets indésirables sont relatés, ils sont généralement très légers et de courte durée (comme une raideur, de la fatigue, de légers maux de tête, ...) ⁴⁰.

En ce qui concerne les manipulations de la nuque tant discutées dans les médias et si redoutées, il y a tout simplement trop peu de chiffres provenant d'études cliniques pour parvenir à un jugement éclairé. C'est aussi la conclusion du Rapport KCE 148B.

La recherche scientifique fondamentale^{41,42,43} nous dit que la charge mécanique au cours de ces manipulations cervicales ne peut pas être responsable des complications graves qui sont appréhendées et des recherches cliniques^{44,45} montrent que, s'il devait y avoir des complications graves, elles seraient extrêmement rares. Si rares qu'il semble presque impossible d'en faire une étude prospective⁴⁶. Il est également vrai que les études qui relatent ces complications graves sont principalement des études rétrospectives de case-control et case-review, qui conduisent souvent à des conclusions non univoques. Ce type d'étude ne permet pas de se prononcer sur une éventuelle relation de causalité entre la manipulation cervicale et la survenue d'un AVC ou d'une dissection artérielle cervicale⁴⁷. Une étude (exceptionnellement, une étude prospective) montre que les avantages d'une intervention par manipulation sur des patients souffrant de douleurs cervicales, dépassent les risques⁴⁸. En plus, il n'y a, à notre connaissance, aucune étude qui ne prenne en compte que des ostéopathes dans cette problématique.

Nous pouvons encore ajouter que la profession d'ostéopathe en Belgique, en tant que soins de santé de première ligne, paie l'assurance en responsabilité civile professionnelle la moins chère et qu'au sommet de la liste des raisons de l'intervention de l'assurance se retrouve le patient.

La recherche fondamentale et clinique montre que l'ostéopathie est une médecine sûre. Cette information va de pair avec le fait que les ostéopathes paient une prime assurance RC très basse et qu'il n'y a eu au cours de la dernière décennie aucun sinistre particulier pour les assureurs.

⁴⁰ Rajendran D., Mullinger B., Fossum C., Collins P., Froud R. Monitoring self-reported adverse events: A prospective, pilot study in a UK osteopathic teaching clinic, *IJOM*, 2009; 12(2): 49-55. <http://www.eso.ac.uk/documents/AdverseEventsPaper.pdf>

⁴¹ Klein P., Broers C., Feipel V., Salvia P., Van Geyt B., Dugailly P.M. Global 3D head-trunk kinematics during cervical spine manipulation at different levels, *Clin Biomech*, 2003; 18(9): 827-31.

⁴² Wuest S., Symons B., Leonard T., Herzog W. Preliminary report: biomechanics of vertebral artery segments C1-C6 during cervical spinal manipulation, *J Manipulative Physiol Ther.* 2010; 33(4): 273-8.

⁴³ Herzog W., Leonard T.R., Symons B., Tang C., Wuest S. Vertebral artery strains during high-speed, low amplitude cervical spinal manipulation, *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 2012; 22: 740-746.

⁴⁴ Carlesso L., Gross A., Santaguida P., Burnie S., Voth S., Sadi J. Adverse events associated with the use of cervical manipulation and mobilization for the treatment of neck pain in adults: A systematic review. *Manual Therapy*, 2010; 15 (5): 434-444.

⁴⁵ Carnes D., Mars T., Mullinger B., Froud R., & Underwood M. Adverse events and manual therapy: A systematic review. *Manual Therapy*, 2010; 15 (4): 355-363.

⁴⁶ Morichetti J, Meslé R. Risques liés aux manipulations du rachis cervical: Revue de littérature, *ApoStill*, 2009; 20: 13-29

⁴⁷ Vogel S. Adverse events and treatment reactions in osteopathy, *IJOM*, 2010; 13:83-84.

⁴⁸ Rubinstein S.M., Leboeuf-Yde C., Knol D.L., de Koekkoek T.E., Pfeifle C.E., van Tulder M.W. The benefits outweigh the risks for patients undergoing chiropractic care for neck pain: a prospective, multicenter, cohort study, *J. Manipulative Physiol. Ther.*, 2007; 30: 408-18.

8. L'ostéopathie: une Evidence-Informed Practice en première ligne

8.1 L'ostéopathie en tant qu'Evidence-Informed Practice

Le groupe professionnel des ostéopathes est bien conscient du fait que l'Evidence Based Medicine (ou healthcare) et donc aussi l' Evidence Based (ou Informed) Osteopathy ne peut plus être ignorée en tant que base pour la prise de décisions politiques mais surtout aussi pour la prise de décisions dans la pratique ostéopathique quotidienne.

Cependant, l'EBM a subi un lifting. Si le contenu de la définition de l'EBM en 1995 parle encore de best evidence, en 1996, sous la pression des cliniciens on lui a ajouté: "... about integrating individual clinical expertise and the best external evidence".

Enfin, la définition en 2000 a encore une fois été complétée et on arrive aux trois piliers de l'EBM: "Evidence based medicine is the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient' values."⁴⁹

On retrouve dans ces trois piliers, les variables d'un grand intérêt pour pouvoir informer nos décideurs politiques de manière objective sur la valeur de l'ostéopathie dans les soins de santé. Dans le Rapport KCE-148B, ces variables sont clairement prises en compte. La "best research evidence" se trouve dans le chapitre des "données cliniques et effets secondaires" (voir ce chapitre dans le document présent), -"l'expertise clinique" est très bien abordée dans la formation (voir le chapitre "Formation" dans ce document) et "les valeurs du patient" sont examinées à la loupe dans la partie sociologique du rapport (voir le chapitre "Importance sociale" dans ce document). Tant pour sa formation que pour sa pertinence sociale, l'ostéopathie a de bons arguments à présenter.

L'Evidence Based (Informed) Osteopathy (EBO) est une ostéopathie qui soumet de manière critique toutes ses connaissances et son expérience à la recherche scientifique afin d'obtenir une solution optimale pour un cas clinique concret ou afin de développer une stratégie⁵⁰.

Notez bien que ce qui aujourd'hui constitue "les meilleures preuves possibles disponibles" (lire: qui semblent les mieux "indiquées") peuvent déjà être dépassées demain. S'il existe aujourd'hui de très bonnes preuves, il en existe aussi de nettement moins bonnes, voire des faibles –elles n'en restent cependant pas moins des preuves. La meilleure preuve possible disponible peut donc aussi (en termes absolus) être relativement faible. Si les preuves sont relativement faibles aujourd'hui, c'est toujours mieux que de ne pas en avoir.

⁴⁹ van Leeuwen E., Wordt de medische ethiek ondiep? Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Medische ethiek aan het UMC St Radboud van de Radboud universiteit Nijmegen op 26.04.2000, <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/2066/30018/1/30018.pdf>; cette définition est une version adaptée de celle de Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't, BMJ, 1996 Jan 13; 312(7023): 71-2.

⁵⁰ Cela va de pair avec les clinical guidelines for good practice en cours de développement.

Il y a donc des domaines dans l'ostéopathie en tant que médecine non conventionnelle qui montrent en méta-analyse de très fortes preuves⁵¹, et il y a aussi des domaines qui comme par exemple l'étude de cas (case report) ne montrent que de faibles preuves⁵². L'ostéopathie se base en outre sur les connaissances des disciplines scientifiques fondamentales telles que par exemple la biomécanique, qui, dans de nombreux cas, contiennent des preuves solides et auxquelles l'ostéopathie coopère activement en menant des recherches (ce que témoigne entre autres le travail de recherche de l'ULB - service ostéopathie). La question de savoir si l'ostéopathie est evidence-based n'est donc pas la bonne question à poser. Pire : cela rend l'affirmation gratuite qui prétend que l'ostéopathie n'est pas evidence-based, suspecte, non sérieuse et elle n'est, de plus, non plus fondée sur la moindre preuve. Il n'existe pas de moment de basculement où quelque chose devient evidence-based ou non. Quelle taille devrait atteindre notre ensemble de preuves (body of evidence) pour atteindre ce moment ? Les preuves en ostéopathie existent dans de nombreux domaines, même s'il ne s'agit parfois que d'un seul essai clinique randomisé. Bien sûr, plus il y a d'études menées, plus les preuves augmentent et plus nous montons dans la pyramide des preuves. Les deux initiatives, en particulier, l'augmentation du nombre de recherches scientifiques en ostéopathie et la montée des études scientifiques dans la pyramide des preuves sont prioritaires pour notre profession.

Nous ne devons et nous ne pouvons pas nous cacher derrière l'argument tu quoque que la médecine conventionnelle aussi, n'est fondée que sur 10-20% de evidence-based. Cette estimation qui fut présentée au monde en 1979 par le Dr White dans un rapport officiel du Congrès américain et qui en 1983, en l'absence de contre-arguments, fut répétée dans un 2ème rapport officiel, est désormais totalement dépassée. Dans un article de 2000⁵³, nous pouvons lire que, pour une moyenne de 37,02%, les interventions en médecine sont soutenues par des Randomized Clinical Trials RCT (Essais Cliniques Randomisés ECR) et qu'une moyenne de 76% des interventions est soutenue par l'une ou l'autre forme de preuve convaincante. On peut supposer que ces chiffres après plus de dix années de recherches sont encore plus élevés⁵⁴.

D'un autre côté on pourrait aussi dire que, s'il apparaît que les patients consultent principalement un ostéopathe pour des problèmes musculo-squelettiques (principalement pour des problèmes de dos et de nuque)⁵⁵ et que nous pouvons justement pour cela fournir une preuve raisonnable, on peut alors être comptés parmi les meilleurs élèves de la classe des soins de santé.

Quand on conclut dans le Rapport KCE que l'ostéopathie est efficace pour les maux de dos et de nuque, et quand il est même dit que les interventions manuelles sont meilleures que l'approche classique du généraliste et qu'en plus la recherche montre que l'ostéopathie est moins associée à des effets secondaires et qu'elle peut être rentable⁵⁶, il y a bien des raisons valables pour que l'ostéopathie soit le premier choix dans le traitement de ces plaintes^{57, 58}.

⁵¹ A titre d'exemple : Licciardone J.C., Brimhall A.K., King L.N., Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, BMC Musculoskeletal Disorders, 2005, 6:43.

⁵² A titre d'exemple : Zegarra-Parodi R., Allamand P., Osteopathic management of an adult patient suffering from trigeminal neuralgia after a post-operative Arnold Chiari type 1 decompression: Case report, IJOM, 2010, 13: 124.

⁵³ Imrie R., Ramey D.W., The evidence for evidence-based medicine, Complementary Therapies in Medicine, 2000, 8: 123-126.

⁵⁴ D'un autre côté, il n'y a plus d'argument ad hominem quand dans une étude de De Huisarts (n 490, 5 Janvier 2000, 4) seulement un cinquième des généralistes conventionnels considèrent que toute thérapie doit être "evidence based" et qu'à peine 10% des médecins déclarent ne jamais prescrire des médicaments qui selon eux sont superflus.

⁵⁵ Il y a environ 65% de plaintes pour des douleurs vertébrales rapportées dans le projet SDC au Royaume-Uni et un pourcentage presque similaire dans le Rapport KCE. http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised_data_collection_finalreport_24062010.pdf.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain, 2009, London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44334/44334.pdf>.

⁵⁸ American Osteopathic Association. American Osteopathic Association guidelines for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain. Chicago (IL): American Osteopathic Association; 2009 Jul. 24 p. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15271>.

Il est possible que, dans le futur, d'autres motifs de consultation en relation avec d'autres fonctions telles que le système digestif ou circulatoire soient plus clairement reconnus comme indications ostéopathiques mais elles doivent encore faire l'objet de recherches fondamentales et cliniques. Ces recherches sont désormais accessibles à l'université et la profession a pour volonté, afin d'élargissement des indications de l'ostéopathie, de rassembler suffisamment de preuves pour offrir un reflet plus fidèle de ce que nous pouvons expérimenter en tant qu'ostéopathes dans notre pratique quotidienne.

La majorité des ostéopathes se sont regroupés autour d'un objectif commun⁵⁹ : former les ostéopathes à l'Université afin d'établir des programmes de recherche, de développer l'esprit critique, de se débarrasser des théories obscurantistes ou obsolètes et d'enseigner les éléments de médecine nécessaires à une bonne pratique de leur art. Ils rejoignent ainsi de manière pragmatique les préoccupations des doyens de la Faculté de Médecine. Ce but est aujourd'hui réalisé. L'ULB, avec la collaboration de sa Faculté de Médecine, organise depuis 8 ans ce cursus. Les praticiens issus de cette formation trouvent aisément leur place parmi les professions actrices de la santé publique. Ils collaborent fructueusement sur le terrain, avec l'ensemble des praticiens de l'art de guérir et ne rentrent nullement en concurrence avec les kinésithérapeutes ou les médecins généralistes. Les statistiques de sinistralité auprès des assurances sont excellentes. Le montant des primes en atteste. Les résultats de recherches commencent à être publiés. Un service d'ostéopathie s'ouvrira prochainement dans un de nos plus prestigieux hôpitaux universitaires.

Des consultations se multiplient dans l'ensemble des hôpitaux de la partie francophone du pays. Nos étudiants sont stagiaires dans les services d'orthopédie, de neurochirurgie, d'urgence, etc.

Depuis les 8 ans de notre présence à l'université, plusieurs thèses de doctorat ont été réalisées ou sont en cours de réalisation. Une revue scientifique à comité de lecture a été créée⁶⁰. De nombreux articles portant sur les risques des manipulations et sur la biomécanique des manipulations, ont été publiés dans des revues prestigieuses. Les théories fumeuses, comme par exemple le vitalisme, ont été reléguées dans les cours d'histoire.

Le terrain de l'Evidence Based Medicine sur lequel certains académiques veulent nous amener est un leurre. Il n'y a pas plus de caractère EBM a priori en médecine qu'en ostéopathie. Si la médecine physique ou la psychiatrie sont des spécialités demandant de nombreuses années d'études universitaires, ce n'est certainement pas en raison de leur caractère EBM. Mais bien parce que la santé mentale des patients ou l'usage de moyens physiques pour traiter les malades sont des disciplines trop sérieuses pour ne pas faire l'objet d'un enseignement et d'une recherche universitaires. La médecine est enseignée à l'Université parce qu'il y a des malades et non parce qu'elle est 100% EBM ! C'est exactement le sens que nous avons donné à l'enseignement de l'ostéopathie à l'Université de Bruxelles. Enseignement dispensé en six années à la Faculté des Sciences de la Motricité avec la collaboration étroite de la Faculté de Médecine. Il ne s'agit pas de faire de l'ostéopathie une alternative à la médecine mais une des réponses possibles à certains problèmes de santé en concertation avec les autres acteurs de secteur.

En résumé, on peut se demander à quel point l'ostéopathie doit être généralisée pour convaincre les décideurs que sa pertinence sociale est irréfutable, pour qu'ils acceptent qu'elle est vraiment evidence-based (of -informed), et qu'elle mérite une reconnaissance légale et une réglementation ? Que doit-il encore arriver pour convaincre une université côté flamand qu'il est de son devoir de faire face à une réalité sociale, du reste pas tout à fait dénuée de preuves et utilisant les mêmes fondements scientifiques que la médecine conventionnelle, et qu'elle mette en place une solide formation avec les installations nécessaires pour la recherche afin de pouvoir répondre à l'expertise clinique nécessaire ? Et surtout, quelle taille devrait avoir notre body of evidence pour atteindre suffisamment de poids pour pouvoir soutenir les réponses aux deux questions précédentes ?

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ <http://www.larevueedel'osteopathie.com/>.

La stratégie pour la recherche de solutions durables, devrait plutôt être inspirée par le devoir des responsables politiques et des autorités compétentes, pour conseiller le patient (lire plutôt ici “protéger”⁶¹) dans leur libre choix de soins médicaux⁶².

Lorsque le patient a fait un choix conscient pour des soins ostéopathiques, il est du devoir moral des décideurs politiques d’assurer un cadre juridique qui garantisse sa sécurité et ses droits de façon maximale et donc une formation devrait être prévue qui permette à l’ostéopathe de donner les meilleurs soins. Actuellement, il ne manque que la volonté politique pour procéder à la régularisation appropriée.

Nous prenons nos responsabilités en tant que groupe professionnel pour faire de notre ostéopathie une Evidence-Informed Practice (“pratique informée par les données probantes”), qui conduit à des soins personnalisés du patient et qui ne risque pas de s’enliser dans une réglementation limitant les soins, raison pour laquelle on abuse très souvent de l’argument de l’absence présumée d’EBM.

Informations supplémentaires

Il existe de nombreuses revues scientifiques en ostéopathie⁶³, dont deux ont un facteur d’impact, à savoir l’International Journal of Osteopathic Medicine⁶⁴ et The Journal of the American Osteopathic Association⁶⁵.

Les 3 centres de recherche les plus importants en ostéopathie sont les suivants⁶⁶:

- Osteopathic Research Center (ORC) (Fort Worth, Texas, USA)
- ATSU Research Institute (Kirksville, Missouri, Etats-Unis)
- National Council for Osteopathic Research (NCOR - University of Brighton, UK)

Si vous désirez vous faire une idée de ce qui existe déjà comme preuves en ostéopathie, lisez les annexes V et VI du Profil de Compétences Professionnelles de l’Ostéopathie⁶⁷. En outre, il est possible de s’abonner à un bulletin d’information de la Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion asbl (CORPP asbl)⁶⁸ qui présente tous les mois une recherche ostéopathique provenant de revues de peer-reviewed à ses abonnés⁶⁹.

⁶¹ Dans nos sociétés à risque les citoyens attendent que leur gouvernement protège toujours leur “right to safety” en plus de leur “right to security” ; de Raes K., Controversiële rechtsfiguren : rechtfilosofische excursies over de relaties tussen ethiek en recht, Academia Press, 2001. Dans ce cadre, il faut aussi envisager un diplôme en ostéopathie et des organismes, comme un Ordre des Ostéopathes, un système de formation continue, etc.

⁶² L’Arrêté Royal du 22.08.2002 relatif à la protection des patients garantit la liberté de choix et se réfère également aux prestataires de soins non conventionnels (art 2 § 3).

⁶³ <http://www.corpp.org/databases/osteopathic-journals>.

⁶⁴ <http://ees.elsevier.com/ijom/>.

⁶⁵ <http://www.jaoa.org/>.

⁶⁶ <http://www.corpp.org/databases/research-centers-in-osteopathic-medicine>.

⁶⁷ Ibid. http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Politics/Profil/PCP_Osteopathie_GNRPO.pdf.

⁶⁸ <http://www.corpp.org/home>.

⁶⁹ A titre d’exemple : <http://www.corpp.org/newsletter/corpp-newsletter-january-2013>.

8.2 L'ostéopathie en première ligne

Quand il apparaît :

- que les patients consultent un ostéopathe principalement pour des troubles musculo-squelettiques⁷⁰;
- que le Master universitaire en ostéopathie forme des "spécialistes" de l'ostéopathie;
- que les patients présentent un niveau élevé de satisfaction quant aux résultats du traitement;
- que, d'après les assureurs, aucun sinistre significatif n'a été rapporté au cours de la dernière décennie,

il va de soi que le législateur donne à l'ostéopathie une fonction de première ligne pour les troubles musculo-squelettiques (loi Colla, Art.9 § 2; Avis K2de la Chambre d'Ostéopathie, 12/06/2012; PCP, 12/06/2012).

Les douleurs musculo-squelettiques affectent régulièrement tous les types de populations et coûtent beaucoup d'argent au patient individuellement et à la société en général. Les troubles musculo-squelettiques ont toujours été une des maladies professionnelles les plus rapportées et sont un des premiers motifs de consultation chez le médecin généraliste⁷¹. Au Royaume-Uni, pour la période 2008-2009, on estime à 9,3 millions le nombre de jours de travail perdus à cause de ces troubles⁷². Au Danemark, un quart de toutes les pensions d'invalidité liées à des problèmes de santé sont accordées en raison de troubles musculo-squelettiques et la qualité de vie d'un Danois diminuerait en moyenne de sept ans suite à des douleurs musculo-squelettiques et à une invalidité qui y serait liée⁷³.

Les troubles musculo-squelettiques les plus fréquents sont les suivants : douleurs au bas du dos, douleur à l'épaule, douleur à la nuque, douleur au genou suivie par une douleur généralisée⁷⁴.

L'espérance de vie croissante associée au vieillissement de la population dans notre société fera aussi augmenter l'impact de ces problèmes et la demande de soins pour ces troubles musculo-squelettiques⁷⁵.

Foster et al⁷⁶ concluent que si l'on considère la charge sociale des troubles musculo-squelettiques et les derniers résultats des recherches concernant les meilleurs soins à donner aux patients souffrant de tels troubles, il existe suffisamment d'arguments pour ouvrir la responsabilité (lire : la fonction en première ligne) au premier examen et au traitement des patients atteints de troubles musculo-squelettiques à d'autres professions telles que l'ostéopathie.

Reconnaissance de pathologies musculo-squelettiques graves

En plus du fait que l'ostéopathe ait suivi une formation adéquate et qu'il possède les compétences et les connaissances pour effectuer un diagnostic d'exclusion (avis K2 de la Chambre d'Ostéopathie, 09/11/2012), la recherche montre qu'il est rare que des pathologies graves (0,9%) soient liées à ce type de plaintes⁷⁷.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Department of Health: The Musculoskeletal Services Framework – A Joint Responsibility: Doing it Differently. London: Department of Health; July 2006.

⁷² Health and Safety Executive: Musculoskeletal disorders (MSDs) in Great Britain (GB) <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/musculoskeletal/index.htm>.

⁷³ Kjølner M, Kamper-Jørgensen F (Eds): Public Health Report, Denmark 2007 [in Danish]. Copenhagen: Danish National Institute of Public Health, University of Southern Denmark; 2007.

⁷⁴ Picavet HS, Schouten JS: Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study, Pain, 2003, 102:167-178.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Foster N.E., Hartvigsen J., Croft P.R. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis, Arthritis Research & Therapy, 2012, 14: 205 <http://arthritis-research.com/content/14/1/205>.

⁷⁷ Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, McAuley JH: Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain, Arthritis Rheum 2009, 60: 3072-3080 http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/art.24853/asset/24853_ftp.pdf?v=1&t=hek2dnw2&s=8a656af20f7fe62

Il y a même des preuves qu'une trop grande focalisation sur le diagnostic différentiel et sur les Red Flags détourne le médecin généraliste de l'Evidence Based Practice et participe aux recherches inutiles, à la sur-médication et à l'augmentation de l'incapacité de travail et des coûts⁷⁸. La qualité du diagnostic de certains troubles musculo-squelettiques par les médecins généralistes est aussi remise en question^{79,80}.

La recherche montre qu'il n'y a aucune preuve que les médecins généralistes soient meilleurs que les ostéopathes pour reconnaître les pathologies graves. Il semble plutôt qu'on ne puisse établir aucune différence quant à la précision du diagnostic de troubles musculo-squelettiques entre les médecins généralistes et par exemple, les ostéopathes⁸¹.

Complexité et multimorbidité

La plupart des consultations en première ligne concernent des personnes présentant une multimorbidité (78%)⁸² et ces patients sont donc aussi plus complexes à diagnostiquer et à traiter.

Ces faits exigent une prise en charge globale du patient en question, d'où on pense immédiatement au médecin généraliste. Chez les patients ayant de multiples problèmes de santé, qui donnent eux-mêmes priorité à leurs troubles musculo-squelettiques, il y a des indications qui feront que le médecin généraliste donnera la priorité aux autres problèmes de santé que les troubles musculo-squelettiques⁸³.

L'ostéopathe a reçu la formation adéquate pour faire face à cette complexité et à cette multimorbidité et ce n'est un secret pour personne que l'accent mis sur l'interaction complexe des structures et des fonctions différentes dans le corps est une des caractéristiques de l'identité de l'ostéopathie. La collaboration multidisciplinaire avec d'autres professions de la santé fait partie des rôles de l'ostéopathe développés dans le Profil de Compétences Professionnelles⁸⁴.

De meilleurs soins pour les patients souffrant de troubles musculo-squelettiques

La recherche montre que la prise en charge en première ligne d'un grand nombre de troubles musculo-squelettiques semble un vrai défi pour de nombreux médecins, pas assez formés quand il s'agit de "fonction", de "mouvement", d'"activité", etc. En outre, les patients présentant de tels troubles ne se sentent souvent pas pris au sérieux et sont régulièrement renvoyés chez eux avec le message : "on ne peut rien y faire" ou "il faut apprendre à vivre avec"^{85,86}.

⁷⁸ Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, McLachlan AJ, Britt H, Fahridin S, Harrison C, Latimer J: Low back pain and best practice care: a survey of general practice physicians, *Arch Intern Med* 2010, 170:271-277. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=415588>.

⁷⁹ Roddy E, Zhang W, Doherty M: Concordance of the management of chronic gout in a UK primary-care population with the EULAR gout recommendations, *Ann Rheum Dis* 2007, 66:1311-1315. <http://ard.bmj.com/content/66/10/1311.long>.

⁸⁰ Robinson PC, Taylor WJ: Time to treatment in rheumatoid arthritis: factors associated with time to treatment initiation and urgent triage assessment of general practitioner referrals, *J Clin Rheumatol* 2010, 16:267-273.

⁸¹ Patel S, Hossain FS, Colaco HB, El-Husseiny M, Lee MH: The accuracy of primary care teams in diagnosing disorders of the shoulder, *J Eval Clin Pract* 2011, 17:118-122.

⁸² Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA: Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study, *Br J Gen Pract*; 2011, 61: 12-21.

⁸³ Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS: Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners, *Implement Sci* 2009, 4: 54 <http://www.implementationscience.com/content/4/1/54>.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Alami S, Boutron I, Desjeux D, Hirschhorn M, Meric G, Rannou F, Poiraudou S: Patients' and practitioners' views of knee osteoarthritis and its management: a qualitative interview study, *PLoS One*; 2011, 6: e19634 <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0019634>.

Il a aussi été démontré que conventionnellement les soins donnés aux patients souffrant de douleurs au bas du dos par les médecins généralistes, en moyenne ne correspondent pas à ceux prescrits dans les directives evidenced based internationales. Les médecins préfèrent utiliser des stratégies de soins coûteux tels que la médication et l'imagerie médicale au lieu de privilégier les soins recommandés comme entre autres, l'ostéopathie⁸⁷ en tant que médecine manuelle. Ces traitements correspondent pourtant étroitement aux attentes du patient et remportent leur satisfaction⁸⁸. La prise en charge ostéopathe est encore recommandée dans les clinical guidelines (directives cliniques) nationales et internationales^{89,90,91}.

Plusieurs études d'intervention de haute qualité montrent que les moyens non-pharmacologiques de prise en charge, comme les médecines manuelles, sont meilleurs que les soins de première ligne dispensés par le médecin généraliste⁹². L'étude du rapport coûts-efficacité d'études d'intervention cliniques randomisées indique que la prise en charge en première ligne des patients souffrant de douleurs au bas du dos n'est pas efficace en termes de coûts, sauf si elle est combinée avec par exemple, des manipulations vertébrales⁹³.

Un élargissement des soins de santé de première ligne pour les patients souffrant de troubles musculo-squelettiques tient compte de la liberté de choix du patient et assure également une prise en charge de meilleure qualité et plus rapide. Ceci n'est pas sans importance si l'on considère l'augmentation attendue des charges induites par les troubles musculo-squelettiques dans les 50 prochaines années en raison du vieillissement démographique. Cela signifie que le modèle actuel de soins doit être réévalué afin de répondre à la demande accrue⁹⁴.

Il est compréhensible que cette réorganisation suscite la réticence nécessaire de la médecine conventionnelle, en partie à cause de la désinformation qui existe, mais les médecins généralistes finiront par voir que cela allège leur tâche⁹⁵. Un accès direct à l'ostéopathe pour les troubles musculo-squelettiques et fonctionnels, soulagera nettement la charge de travail du médecin généraliste.

⁸⁷ Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, McLachlan AJ, Britt H, Fahridin S, Harrison C, Latimer J: Low back pain and best practice care: a survey of general practice physicians, Arch Intern Med 2010, 170:271-277 <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=415588>.

⁸⁸ Xue CC, Zhang AL, Lin V, Myers R, Polus B, Story DF: Acupuncture, chiropractic and osteopathy use in Australia: a national population survey, BMC Public Health 2008, 8:105 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2322980/?tool=pubmed>.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Koes B.W., Van Tulder M., Lin C.W., Macedo L.G., Mcauley J., Maher C.: An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. In: Eur Spine J., 2010, Dec. 19(12): 2075-94.

⁹¹ Ibid.

⁹² Foster NE, Dzedzic KS, van der Windt DA, Fritz JM, Hay EM: Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations, BMC Musculoskelet Disord 2009, 10: 3 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631495/?tool=pubmed>.

⁹³ Lin CW, Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW: Cost-effectiveness of general practice care for low back pain: a systematic review, Eur Spine J; 2011, 20: 1012-1023 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3176699/?tool=pubmed>.

⁹⁴ Hartvigsen J, Christensen K: Back and neck pain are with us till the end. A nationwide interview-based survey of Danish 100-year olds, Spine 2008, 33: 909-913.

⁹⁵ Breen A, Austin H, Campion-Smith C, Carr E, Mann E: 'You feel so hopeless': a qualitative study of GP management of acute back pain, Eur J Pain; 2007, 11: 21-29.

La recherche montre aussi que le médecin généraliste, tant dans sa formation de médecin que dans ses stages que dans l'enseignement post-graduat, est insuffisamment formé sur les troubles musculo-squelettiques et qu'il ne connaît pas assez les options de traitement non pharmacologiques pour le patient⁹⁶. Des enquêtes et interviews menés auprès des médecins, il ressort aussi qu'ils manquent de confiance et ne se sentent pas bien équipés pour faire face à ces problèmes^{97,98,99}. Cela contraste fortement avec les connaissances et les compétences dont dispose l'ostéopathe pour interroger et traiter ces patients.

En outre, la recherche et le développement académique en relation avec les troubles musculo-squelettiques et fonctionnels ont été effectués par, entre autres, des ostéopathes, et ont été négligés, malgré son importance sans cesse croissante dans la pratique, par le monde académique de la médecine générale. Cela signifie que de nombreuses nouvelles connaissances sur le diagnostic et le traitement des troubles musculo-squelettiques, ont été générées par notamment les ostéopathes et non par les médecins généralistes.

Il est clair que l'attribution d'une fonction en première ligne pour les ostéopathes comporte des avantages à la fois pour le patient et le médecin.

L'évidence actuelle nous donne des raisons suffisantes de croire qu'un modèle, dans lequel la fonction de première ligne serait donnée aux ostéopathes pour les troubles musculo-squelettiques¹⁰⁰, serait aussi sûre et efficace que le modèle dirigé vers le médecin généraliste et nous donne suffisamment de raisons de croire que cela permettrait une meilleure prise en charge et des soins plus efficaces et plus rentables pour la plupart des bénéficiaires de soins de santé de première ligne souffrant de troubles musculo-squelettiques¹⁰¹.

L'interprétation actuelle de l'EBM (Evidence Based Medicine) a trois facettes : les preuves données par la recherche, l'expertise clinique et la prise en charge du patient. Pour la majorité (65%) des motifs de consultation (douleurs du bas du dos et de la nuque), il existe des preuves suffisantes. Pour ce qui concerne la connaissance clinique, les futurs ostéopathes seront, à travers leur formation à l'université (ULB), experts dans leur domaine. Et plusieurs études indépendantes (ISP, KCE, ...) placent les ostéopathes en première place pour la prise en charge du patient/usager de la santé.

La croyance que l'ostéopathie ne fait pas partie des soins de santé et qu'elle ne doit/ne peut compter sur le soutien des Facultés de Médecine pour être enseignée à l'Université, parce la profession n'aurait pas assez de caractère EBM, n'est ni confirmée par des découvertes ni par des faits scientifiques. Ils devraient donc changer d'argumentation.

Il paraît clair que l'attribution d'une fonction de première ligne aux ostéopathes comporte des avantages à la fois pour le patient et le médecin généraliste et que de nombreuses études donnent des raisons suffisantes pour croire que cela permettrait une meilleure prise en charge et des soins plus efficaces et plus rentables pour la plupart des bénéficiaires de soins de santé de première ligne souffrant de troubles musculo-squelettiques.

⁹⁶ Chehade MJ, Burgess TA, Bentley DJ: Ensuring quality of care through implementation of a competency based musculoskeletal education framework, *Arthritis Care Res* (Hoboken); 2011, 63: 58-64
http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/acr.20329/asset/20329_ftp.pdf?v=1&t=heo29hhy&s=276273e6d7d47a38d44c39c25f34118f9070e11d&systemMessage=Pay+Per+View+will+be+unavailable+for+upto+3+hours+from+06%3A00+EST+March+23rd+on+Wiley+Online+Library.+We+apologise+for+the+inconvenience.

⁹⁷ Lønnberg F: The management of back problems among the population. I. Contact patterns and therapeutic routines [in Danish], *Ugeskr Laeger*, 1997, 159: 2207-2214.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Ibid.

9. Enregistrement et mesures transitoires

La profession se rallie entièrement à la logique de la loi Colla, en particulier au fait que les ostéopathes, comme beaucoup d'autres prestataires de soins, doivent être enregistrés. L'enregistrement officiel des ostéopathes reconnus est un élément essentiel de la qualité future des soins ostéopathiques en Belgique.

Le processus d'enregistrement devrait se dérouler de manière analogue à celui des autres professions de santé. La Chambre de l'Ostéopathie sera en charge de l'enregistrement individuel des ostéopathes¹⁰².

9.1 Enregistrement

Le système d'enregistrement des ostéopathes consistera en un organisme en charge de l'enregistrement qui vérifiera si chaque demande d'enregistrement répond à certaines conditions.

Selon la profession, les critères minimaux pour l'enregistrement individuel sont les suivants :

- Avoir suivi une formation appropriée en ostéopathie.
- S'engager à ne pas effectuer d'actes médicaux non autorisés.
- Respecter le code de déontologie des ostéopathes;
- Suivre au moins un certain nombre de crédits de formation continue (voir l'avis K4 de la Chambre d'Ostéopathie, 13/11/2012)¹⁰³;
- Tenir un dossier médical pour chaque patient, cf. la loi sur les droits du patient;
- Ne pas exercer la profession d'ostéopathe en même temps qu'une autre profession (para)médicale;
- Souscrire une assurance Responsabilité Civile,
- Assurer la permanence de soins pour l'exercice de l'ostéopathie;
- Adhérer à une union professionnelle d'ostéopathes reconnue en Belgique.

Il doit bien sûr aussi exister des mécanismes pour garantir le respect du code d'éthique. Les unions professionnelles peuvent jouer ici un rôle de facilitateur, mais il faut néanmoins un organe disciplinaire.

Il faut mettre en place des conditions d'enregistrement identiques pour les tous ostéopathes en activité déjà depuis plusieurs années au moment de l'entrée en vigueur de la procédure d'enregistrement, mais pour ce qui est du diplôme requis, il faut par contre prévoir des mesures transitoires et de régularisation.

9.2 Mesures transitoires

Etant donné qu'une partie importante des ostéopathes qui exercent en Belgique ne possèdent pas de diplôme de Master, le gouvernement doit prévoir des mesures transitoires et de régularisation pour ces ostéopathes.

La profession ne voit aucune raison d'exiger d'ostéopathes en activité déjà depuis plusieurs années et qui ont régulièrement suivi la formation continue de devoir suivre une formation supplémentaire de Master.

Les unions professionnelles reconnues des ostéopathes proposent, comme « clause de Grand-Père¹⁰⁴ », que : **les ostéopathes installés en Belgique qui ne sont pas titulaires d'un Master en ostéopathie et les étudiants en ostéopathie, qui veulent introduire d'une demande d'enregistrement individuel doivent satisfaire à chacune des quatre conditions suivantes :**

¹⁰² Art. 8 §2 de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

¹⁰³ Avis K4 de la Chambre d'Ostéopathie relatif à la formation permanente des ostéopathes (13/11/2012).

¹⁰⁴ http://fr.wikipedia.org/wiki/Clause_de_grand-p%C3%A8re

1^{ière} condition : être titulaire d'un diplôme DO¹⁰⁵ (Diplôme en Ostéopathie), ou d'un diplôme de 'Bachelor en ostéopathie'¹⁰⁶ qui repose sur une formation de 4 ans minimum dans un établissement étranger d'enseignement supérieur reconnu dans l'espace économique européen.

2^{ième} condition : fournir les preuves qu'il exerçait à temps plein et d'une manière consécutive en tant qu'ostéopathe depuis au moins 5 ans (ou son équivalent sur base de min 10 ans pour un mi-temps et d'une manière consécutive) avant l'introduction de sa demande.

3^{ième} condition: fournir les preuves qu'il a suivi au moins 70 unités de formation continue agréée¹⁰⁷ au cours des 6 dernières années précédant sa demande d'enregistrement individuel.

4^{ième} condition : La demande d'enregistrement doit avoir lieu dans les 6 mois après l'entrée en vigueur des arrêtés d'exécution qui définissent la procédure d'obtention d'un enregistrement individuel en tant qu'ostéopathe.

Mesures exceptionnelles :

- Toute personne qui répond aux exigences des conditions 1 et 2 mais **qui ne peut pas fournir les preuves qu'il a suivi au moins 70 unités de formation continue agréée au cours des 6 dernières années précédant sa demande d'enregistrement** individuel pourra faire l'objet d'un enregistrement individuel en tant qu'ostéopathe avec la condition supplémentaire qu'elle suive **durant les 2 années** qui suivent sa demande un **certain nombre d'unités supplémentaires¹⁰⁸ de formation continue**. La demande d'enregistrement doit avoir lieu dans les 6 mois après l'entrée en vigueur des arrêtés d'exécution qui définissent la procédure d'obtention d'un enregistrement individuel en tant qu'ostéopathe.
- Toute personne qui répond à la première condition mais qui, au moment de l'introduction de sa demande d'enregistrement individuel, **ne peut pas prouver qu'elle exerçait à temps plein et d'une manière consécutive comme ostéopathe depuis au moins 5 ans** (ou son équivalent sur base de minimum 10 ans pour un mi-temps et d'une manière consécutive) avant l'introduction de sa demande, pourra aussi faire l'objet d'un enregistrement individuel avec la condition supplémentaire qu'elle suive un **certain nombre d'unités supplémentaires de formation continue durant les 2 années¹⁰⁹** qui suivent sa demande. La demande d'enregistrement doit avoir lieu dans les 6 mois après l'entrée en vigueur des arrêtés d'exécution qui définissent la procédure d'obtention d'un enregistrement individuel en tant qu'ostéopathe.
- Toute personne qui, au moment de l'entrée en vigueur des arrêtés d'exécution qui définissent la procédure d'obtention d'un enregistrement individuel en tant qu'ostéopathe, **a commencé une formation conduisant** à l'obtention d'un des diplômes mentionnés dans la première condition , pourra, durant une période de 5 ans suivant l'entrée en vigueur des arrêtés d'exécution, introduire, dans les 6 mois qui suivent l'obtention de son diplôme, une demande d'enregistrement dès que sa demande d'enregistrement individuel sera admissible sur base des exigences de diplôme mentionnées dans la première condition et avec la condition supplémentaire qu'elle **suive durant les 3 années** qui suivent sa demande un **certain nombre d'unités supplémentaires de formation continue¹¹⁰**.

Pour mémoire : les ostéopathes avec un diplôme délivré par un établissement d'enseignement situé dans l'espace économique européen peuvent s'installer en Belgique et être enregistrés en respect des dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 Septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles¹¹¹.

¹⁰⁵ La liste des diplômes DO est conforme à celle introduit dans la proposition de l'Arrêté royal protégeant du titre professionnel d'ostéopathe du 11-03-2009.

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Cette formation continue doit être contrôlée et approuvée par la commission de la formation permanente des ostéopathes (CAFPO)

¹⁰⁸ Ce nombre d'unités supplémentaires doit consister en des matières PSSD (Pathologie, Sémiologie et Diagnostic Différentiel). Le nombre doit être fixé après concertation entre les UP et la Chambre Ostéopathie. Le supplément de formation continue sera déterminé en fonction de la durée durant laquelle le demandeur a été actif en tant qu'ostéopathe de manière ininterrompue, que ce soit à temps plein ou à temps partiel, et selon qu'il exerçait l'ostéopathie de manière exclusive ou non.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ JO L 255 du 30/09/2005, p. 22-142.

9.3 L'adhésion à une union professionnelle.

La profession recommande qu'il soit obligatoire pour tous les ostéopathes agréés d'adhérer à une union professionnelle reconnue d'ostéopathes. Cela constitue la meilleure garantie de qualité et de sécurité pour le patient. Une union professionnelle peut mettre en place un système adéquat d'assurance, en coopération avec le gouvernement. À cette fin, la profession a pris des initiatives pour mettre en place une fédération professionnelle uniforme, adaptée à la structure de l'Etat, telle que proposée par la Commission Paritaire. De cette façon, le gouvernement disposera d'un seul interlocuteur pour toute la profession.

Une deuxième raison pour laquelle l'union professionnelle sera essentielle à l'avenir vient des nombreux développements qui incomberont aux ostéopathes dans les années à venir :

- la mise en place d'un système de gestion de la qualité;
- la prise de connaissance et l'évaluation critique des résultats scientifiques dans le domaine de l'ostéopathie et des disciplines connexes;
- la conformité aux réglementations qui n'étaient pas d'application auparavant (la loi sur les droits du patient, les formalités administratives, les dossiers médicaux, ...);
- la mise en place des formations permanentes ou de la formation continue;
- la supervision des stages / travaux pratiques des étudiants en ostéopathie.

Tout ceci représente un vrai défi pour les ostéopathes. Seule une union professionnelle travaillant de manière professionnelle et organisée peut garantir le bon déroulement de tous ces développements et aider les ostéopathes dans tous les changements auxquels ils seront confrontés. Il faut garantir la qualité et la sécurité des soins donnés.

9.4 Déontologie et sanctions

Le législateur a dans la loi Colla confié le contrôle des conditions d'accès à l'exercice de la profession d'ostéopathe au Ministre de la Santé qui doit préalablement prendre l'avis de la Chambre d'Ostéopathie¹¹².

Il était de la volonté explicite du législateur que ce soit le ministre qui décide à quel candidat praticien l'accès à la pratique de l'ostéopathie serait accordé ou non.

En outre, le législateur a également inscrit dans la loi Colla une répartition claire des rôles entre le ministre d'une part et la Chambre d'Ostéopathie d'autre part pour le contrôle de la déontologie, notamment pour ce qui concerne la suspension et, le cas échéant, le retrait de cette autorisation ("enregistrement individuel").

En particulier selon l'article 8 § 3 de la loi Colla, lorsqu'un praticien ne respecte pas les dispositions de la présente loi ou des arrêtés pris en exécution de celle-ci, son enregistrement (autorisation) peut être suspendu pendant un délai d'un an maximum, ou lui être retiré. La suspension ou le retrait sont ordonnés par le Ministre sur proposition de la Chambre d'Ostéopathie.

Le respect de la déontologie est l'une des conditions d'accès à la pratique de l'ostéopathie et il semble évident que la déontologie fera l'objet d'un arrêté d'exécution de la loi Colla.

Le législateur a donc fait un choix très clair pour donner un cadre dans lequel tant la Chambre d'Ostéopathie que le ministre joueront un rôle bien défini.

¹¹² Art. 8 §2 de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

En outre, le législateur a mis en place un certain nombre de garanties essentielles pour protéger les droits fondamentaux de la défense. La Chambre d'Ostéopathie, ne peut faire une proposition de suspension ou de retrait qu'après avoir donné à l'intéressé l'occasion de lui exposer son point de vue. A cet effet, il est convoqué par lettre recommandée. Il lui est loisible de se faire assister ou représenter par un avocat. La proposition de la Chambre est motivée et comprend une réponse aux arguments avancés par l'intéressé.

Tant l'obligation d'audition, la possibilité de se faire assister ou représenter par un conseiller juridique que l'obligation de motivation détaillée s'inscrit donc dans le mécanisme juridique existant du contrôle de la déontologie.

La décision de refuser, de suspendre ou de retirer l'autorisation de professer peut être contestée devant le Conseil d'Etat.

Enfin, il convient de noter que le législateur a été prévoyant et fournit au ministre la base juridique pour pouvoir déterminer des règles plus précises par Arrêtés Royaux et permettre entre autres, d'autres sanctions disciplinaires que la suspension ou le retrait comme, par exemple, un avertissement, un blâme, la censure, etc.¹¹³

Il existe aussi une base juridique pour déclarer des dispositions de l'AR n° 78 qui régleme toutes les professions (para) médicales, applicables aux praticiens de l'ostéopathie¹¹⁴ de telle sorte que les procédures et les mécanismes de contrôle existants dans le cadre de la médecine conventionnelle puissent être déclarés applicables.

Il semble dès lors indiqué de donner aux Commissions Médicales la compétence de déterminer si le candidat praticien est mentalement et physiquement en mesure d'exercer sa profession. Ce contrôle peut éventuellement être repris dans les "conditions d'enregistrement individuel" (les conditions d'accès à la profession).

Un des avantages de la législation décrite qui concerne le contrôle de la déontologie est le fait que les membres de la Chambre d'Ostéopathie ont été nommés pour 6 ans et qu'ils exercent leur mandat à titre gratuit. Le coût de fonctionnement de la Chambre de l'Ostéopathie sera donc très limité, voire inexistant car (compte tenu du faible nombre de praticiens) il y aura peu d'incidents déontologiques.

Un autre avantage est que la Chambre d'Ostéopathie est composée de façon paritaire de telle sorte que les professionnels siègent à la Chambre sur un pied d'égalité avec les médecins et peuvent veiller au respect de la déontologie. Si le contrôle était pris en charge par un organisme dans lequel les ostéopathes n'étaient pas représentés de façon paritaire, il y aurait un risque évident que des gens qui ne connaissent pas ou peu la profession, jugent des manquements déontologiques présumés sur le code de déontologie d'une profession qui leur serait pratiquement inconnue.

L'évaluation par le ministre sur avis ou proposition de la Chambre a donc l'avantage pour un ostéopathe qui doit répondre d'une infraction présumée au code de déontologie, que la moitié de la Chambre est composée de ses confrères qui sont souvent les mieux placés pour juger comme en témoigne la composition d'autres organes disciplinaires des autres professions libérales (médicales).

¹¹³ Art. 8 §4 de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

¹¹⁴ Art. 10 §2 de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

En BREF: La loi Colla fixe une réglementation claire pour le contrôle de la déontologie qui donne à la fois au Ministre de la Santé ainsi qu'à la Chambre d'Ostéopathie un rôle clairement défini qui, le cas échéant, peut être élargi. Tant l'obligation d'audition, la possibilité de se faire assister ou représenter par un avocat que l'obligation de motivation sont intégrés dans ces règles. Les procédures et mécanismes de contrôle existants dans le cadre de la médecine conventionnelle (AR n° 78) sont totalement applicables comme l'est la compétence des Commissions Médicales de vérifier si le candidat-praticien est mentalement et physiquement en mesure d'exercer sa profession.

Seuls les ostéopathes enregistrés pourront pratiquer l'ostéopathie. La Chambre de l'Ostéopathie prendra en charge l'enregistrement individuel des ostéopathes et vérifiera si les candidats satisfont aux conditions d'enregistrement spécifiques. Pour les ostéopathes qui ne possèdent pas de diplôme de Master, des mesures transitoires spécifiques entreront en vigueur. L'union professionnelle sert d'interlocuteur avec le gouvernement et contrôlera, entre autres, les normes de qualité de ses membres.

La loi Colla fixe une réglementation claire pour le contrôle de la déontologie qui donne à la fois au Ministre de la Santé ainsi qu'à la Chambre d'Ostéopathie un rôle clairement défini qui, le cas échéant, peut être élargi. Tant l'obligation d'audition, la possibilité de se faire assister ou représenter par un avocat que l'obligation de motivation sont intégrés dans ces règles. Les procédures et mécanismes de contrôle existants dans le cadre de la médecine conventionnelle (AR n° 78) sont totalement applicables comme l'est la compétence des Commissions Médicales de vérifier si le candidat-praticien est mentalement et physiquement en mesure d'exercer sa profession.

10. Créer un système de soins de qualité pour les ostéopathes

Une Union Professionnelle d'ostéopathes devrait à l'avenir être en mesure de développer un système de qualité de soins efficace pour ses membres. Ce système de qualité des soins peut avoir plusieurs composantes. Les différents éléments possibles d'un système de qualité sont les suivants:

- Prévoir une procédure de gestion des plaintes;
- Chaque ostéopathe doit participer à une concertation avec ses pairs (cf. les groupes locaux d'évaluation (GLEM) des médecins généralistes);
- L'Union Professionnelle mène régulièrement une enquête de satisfaction auprès d'un échantillon représentatif de patients des ostéopathes;
- L'Union Professionnelle a le droit d'exiger de ses membres qu'ils suivent des cours de formation continue spécifiques. Il faut pouvoir pallier aux lacunes ou problèmes recensés ci-dessus;
- Si l'Union Professionnelle constate des violations relatives au code de déontologie, elle entendra le membre concerné en interne et, le cas échéant, transfèrera les informations à l'organe d'enregistrement ou à la commission de discipline ;
- Diffuser les résultats pertinents et de qualité des recherches scientifiques.

La profession voudrait examiner avec le gouvernement quelles composantes du système devraient de préférence être élaborées dans les années à venir.



Profil de Compétences Professionnelles Ostéopathie

Document approuvée par la Chambre ostéopathie le 12-06-2012
(11 votes pour - pas de votes contre - 1 abstention)

Table des matières

1. La profession d'ostéopathe.....	4
2. La formation des ostéopathes	5
3. Le terrain de l'ostéopathe.....	6
4. La pertinence de l'ostéopathie	7
5. Les compétences que l'ostéopathe doit développer	8
5.1 L'expert ostéopathe	8
5.2 Communicateur.....	8
5.3 Professionnel de la santé.....	9
5.4 Etudiant	9
5.5 Défenseur de la santé	10
5.6 Manager.....	10
5.7 Professionnel.....	10
6. Addendum	11

1. La profession d'ostéopathe

La profession d'ostéopathe est une profession¹ clinique² à compétences spécifiques dans le cadre des soins de santé.

L'ostéopathe est le spécialiste des troubles, algies et pathologies fonctionnelles. Son approche thérapeutique du patient est essentiellement manuelle. Bien que la majorité des indications relèvent de l'appareil locomoteur, l'ostéopathe peut être néanmoins consulté pour des troubles fonctionnels autres que musculo-squelettiques. L'ostéopathe travaille en collaboration étroite avec le médecin généraliste ou le spécialiste.

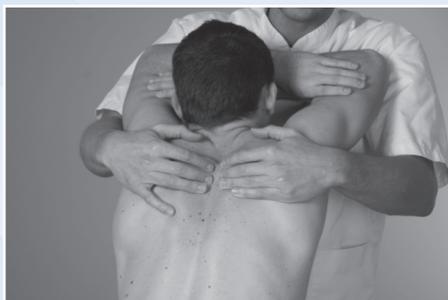
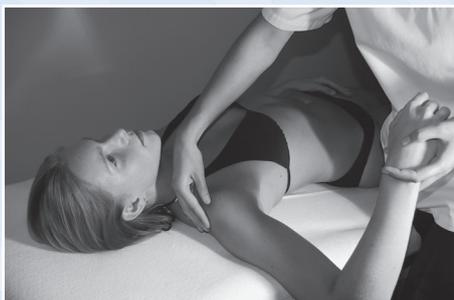
L'ostéopathe réalise une prise en charge du patient en première ligne. Avant toute intervention thérapeutique, il réalise une anamnèse et un examen clinique pour établir ses hypothèses de travail.

Il établit ensuite le plan de prise en charge du patient et le réoriente, si les problèmes ne relèvent pas de ses compétences, vers d'autres praticiens de santé. L'ostéopathe tient, dans son analyse de problèmes et dans ses interventions, également compte des particularités du patient et de ses attentes. Il réévalue régulièrement ses hypothèses de travail. Il ajuste son traitement et/ou la réorientation du patient en fonction de celles-ci. Il oriente également le patient vers les examens complémentaires qu'il juge nécessaire dans le cadre d'une bonne pratique et afin d'évaluer les risques manipulatifs.

Les domaines d'intervention de l'ostéopathe sont multiples. Outre la prise en charge du patient, ils couvrent également la promotion de la santé, l'expertise, la santé publique, la recherche, l'enseignement et le management. Cette profession à haut degré de responsabilité, exige de l'ostéopathe de fonder ses pratiques, autant que faire se peut, sur des savoirs actualisés et sur des consensus de prise en charge scientifiquement fondés (EBM).

L'ostéopathe travaille seul ou en équipe pluridisciplinaire. Il accompagne le patient dans une approche globale et le stimule à prendre une part active dans son traitement. Il exerce son métier dans le respect de l'éthique (Loi relative aux droits des patients 22-08-2002), des règles déontologiques et institutionnelles et veille à assurer la continuité des soins.

L'ostéopathe est un universitaire et, à ce titre, bénéficie d'une formation de haut niveau lui permettant d'être également un des moteurs de la recherche scientifique. En apportant sa contribution à l'amélioration des connaissances fondamentales et appliquées en rapport avec la santé, il assure le développement et la qualité de la profession et de la formation.



¹ Profession reprise par la loi relative aux pratiques non conventionnelles (Loi Colla 29-04-1999)

² Clinique : le terme clinique réfère à l'usage international du mot "clinical": prise en charge du patient, processus diagnostique, hypothèses de travail, bilan et exécutions des soins.

2. La formation des ostéopathes

La formation des ostéopathes se fait à l'Université. Elle est organisée au sein ou en collaboration avec les Facultés de médecine et des Sciences de la Motricité.

Les cours théoriques et pratiques sont dispensés par des spécialistes à la fois enseignants et chercheurs. Disposant d'une maîtrise de la matière et participant activement au développement de leur spécialité, ils veillent à garantir des enseignements de haut niveau fréquemment actualisés. Une évaluation régulière de la part des étudiants permet aux enseignants de s'assurer de la qualité et de l'adéquation des formations dispensées.

Fondé sur la recherche, l'enseignement assure ainsi un lien fort entre les connaissances scientifiques et la pratique professionnelle. Il stimule l'autonomie, développe la pensée critique et établit les bases nécessaires à l'acquisition des compétences.

La formation permet de les acquérir de manière progressive lors de situations variées d'apprentissage telles que les cours magistraux, le travail personnel ou en groupe, les séminaires, les travaux pratiques, l'acquisition d'aptitudes, la réflexion professionnelle, les stages et les échanges internationaux. Régulièrement les mises en situations professionnelles simulées, puis réelles, permettent de mettre en pratique les nouvelles compétences.

Les critères et moyens d'évaluation sont en adéquation avec les compétences visées dans chacun des enseignements.

En Communauté Française, Le titre de Master Complémentaire (MC) en Ostéopathie est obtenu après obtention d'un Master 2 en Sciences de la Motricité, option Ostéopathie. L'option Ostéopathie est choisie dès l'entrée en Ba1. Le titre est conforme aux décrets de la Communauté Française de Belgique. Il doit être reconnu par le Ministère Fédéral de la Santé publique. Il est également possible de réaliser un doctorat.

Le master académique, délivré en Flandre, doit satisfaire aux critères d'enseignements reconnus par la Communauté Flamande.



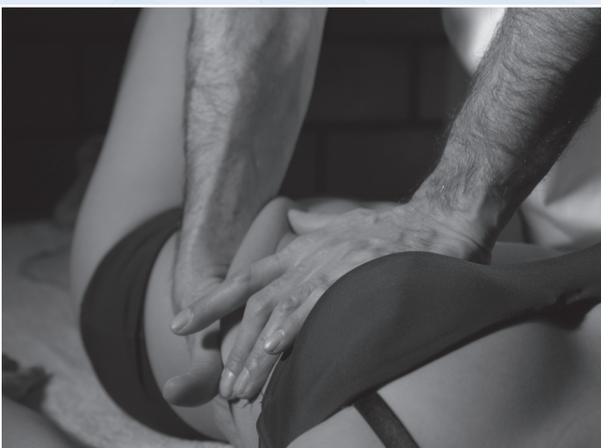
3. Le “terrain” de l’ostéopathe

En général, l’ostéopathe exerce son métier dans son propre cabinet, en collaboration avec d’autres praticiens ou non. Il peut également travailler dans un hôpital ou tout autre établissement de soins.

L’ostéopathie peut être complémentaire à un traitement médical standard mais elle peut aussi être, dans certaines situations cliniques, une alternative aux approches médicamenteuses et/ou chirurgicales. Un des objectifs des traitements d’ostéopathie étant de récupérer la fonction normale et d’éviter et/ou de limiter de cette façon la consommation de médicaments, des interventions techniques ou la chirurgie.

L’ostéopathe travaille tout à fait indépendamment. Son approche est à la fois diagnostique et thérapeutique. Grâce à sa formation spécifique en neurologie et en pathologie de l’appareil locomoteur, ainsi qu’en sémiologie générale (afin d’exclure les pathologies qui ne relèvent pas directement de sa compétence), l’ostéopathe est un praticien à haute responsabilité. A ce titre il est un praticien de première ligne. Il est conscient des possibilités mais également des limites de sa profession et en tire les conséquences nécessaires.

L’indépendance de la profession de l’ostéopathe comprend les actes (la compétence, la sûreté, la minutie), l’attitude (le respect, la transmission d’informations, la relation de confiance et le sens de la responsabilité) et l’organisation (l’efficacité, la protection, le droit de réclamation) de l’ostéopathe.



4. La pertinence de l'ostéopathie

Plusieurs publications montrent l'efficacité de l'ostéopathie pour les douleurs de cou et du bas du dos. Quelques études suggèrent que la prise en charge ostéopathique est économique, fait diminuer le besoin de médicaments et expose moins le patient aux examens diagnostiques. Dans la plupart des cas le risque de complications est réduit ;

L'ostéopathe et sa profession sont parfaitement intégrés dans la société. Plus de 7 % de la population belge a fait appel à un ostéopathe en 2010. Aujourd'hui, un peu plus de 1500 ostéopathes sont actifs, ce qui correspond à près d'un million et demi de consultations. La croissance annuelle de soins d'ostéopathie est estimée à 5 %.



5. Les compétences que l'ostéopathe doit développer

5.1 L'expert ostéopathe

- En tant que conseiller, il donne la primauté au patient et lui offre, de manière éthique, des soins optimaux ;
- Il effectue, de façon appropriée, une anamnèse et un examen complet du patient avant de poser une hypothèse de travail au travers d'un processus diagnostique ;
- Applique, de manière fondée, les aptitudes diagnostiques et thérapeutiques ;
- Il traite le patient de manière efficace et exerce une fonction préventive et curative ;
- Si nécessaire, prend contact avec un collègue ou un autre prestataire de soins;
- Montre de l'intérêt pour les connaissances mutuelles des professions de santé afin de mieux pouvoir orienter le patient en fonction de sa pathologie;
- Il actualise ses connaissances et son savoir faire.



5.2 Communicateur

- Il développe une relation de confiance et éthiquement fondée avec le patient ;
- Il procure, de façon minutieuse, des informations pertinentes au patient et éventuellement à sa famille, ses collègues et aux personnes d'autres disciplines à l'intérieur des soins de santé ; Il n'entretient pas de faux espoirs auprès du patient.
- Il développe un plan de traitement avec le patient et éventuellement avec sa famille, ses collègues et les personnes d'autres disciplines à l'intérieur des soins de santé ;
- Il transmet, de manière efficace, aussi bien oralement que par écrit, les informations concernant la consultation, au patient ou à toute personne qualifiée pour la recevoir.

5.3 Professionnel de la santé

- Il est capable et prêt à collaborer de manière multidisciplinaire ;
- Il fonctionne de manière convenable et efficace dans une équipe interprofessionnelle à l'intérieur des soins de santé ;
- Il collabore de manière efficace avec les collègues des soins de la santé afin de favoriser les relations interprofessionnelles.

5.4 Etudiant

- Il entretient et approfondit ses connaissances professionnelles par la formation continue
- Il évalue de façon critique le contenu et la source de provenance des informations scientifiques et professionnelles ;
- Il contribue activement au développement scientifique de son métier ;
- Il stimule activement la connaissance de l'ostéopathie chez les individus, les étudiants, les collègues à l'intérieur des soins de santé et le public en général.



5.5 Défenseur de la santé

- Réagir à une question ou un problème d'un patient fait partie de ses soins ;
- Il réagit aux besoins de la société au niveau de la santé ;
- Il contribue à une amélioration de la santé du patient et de la société.

5.6 Manager

- Il organise de manière efficace son propre cabinet ou centre pluridisciplinaire.
- Il organise son cabinet et sa carrière ;
- Il organise son administration et ses finances ;
- Il gère de manière efficace et confidentielle les informations sur ses patients.

5.7 Professionnel

- Il manifeste son dévouement à ses patients, à son groupe professionnel et à la société en fournissant de manière intègre et concernée, des soins pertinents et efficaces aux patients ;
- Il manifeste son dévouement à ses patients, à son groupe professionnel et à la société en respectant les directives légales concernant son métier et en respectant la Loi relative aux droits des patients (AR 03-04-2002).
- Il veille sur sa propre santé et une pratique durable.



6. Addendum

Ce document est présenté à la Chambre « Ostéopathie »
par les membres suivants de la dite chambre :

- | | |
|--------------------------------|------------|
| • Yves Lepers, ostéopathe | UBO-BUO * |
| • Claude Rousseau, ostéopathe | SBO-BVO* |
| • Jory Pauwels, ostéopathe | UVO* |
| • Catherine Jacobs, ostéopathe | BAKO-ABOC* |
| • Jean Ruwet, ostéopathe | UBO-BUO* |

*Les Unions Professionnelles membres du GNRPO asbl
Organisation, Nationale et Représentative des Ostéopathes Professionnels asbl

Editeurs responsables :

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| • Eric Dobbelaere, DO | Président GNRPO asbl |
| • Yves Lepers, Ph.D., DO | auteur |
| • Patrick van Dun, MSc, DO | auteur |

Nous remercions Prof. Jan De Maeseneer, M.D., Ph.D.
pour sa collaboration à la réalisation de ce document.

