

Le monde est aux ostéopathes et Icare était un ostéopathe...

Suite à la rédaction définitive, (càd : au dernier jugement, à la discussion et à la demande de poursuivre la recherche d'un consensus au sein du GNRPO a.s.b.l.) et à la publication du Profil de Compétences Professionnelles belge de l'ostéopathie (PCP) mais surtout aussi dans le cadre des débats qui ont été menés dans l'enquête du Centre d'Expertise des Soins de Santé (KCE) sur l'ostéopathie, je voudrais vous apporter à travers ce texte quelques réflexions qui pourront vous guider dans la lecture du PCP. Ce sont des réflexions qui ont essentiellement à voir avec les obstacles que nous avons rencontrés lors des nombreuses discussions autour de la rédaction du PCP. Je vais les étayer autant que possible, sans émotivité¹ et sans affirmations gratuites, comme je l'ai déjà fait lors de la rédaction du PCP.

Malgré le fait que le PCP ait été approuvé par une majorité de ses membres, on n'a pas pu arriver à une unanimité au sein du GNRPO a.s.b.l. Au lieu de se plier à la décision de la majorité, dans l'intérêt de la profession pour parler à l'extérieur d'une seule et même voix, le Registre des Ostéopathes de Belgique (ROB) a décidé de déposer son propre PCP au KCE. Sans discuter du contenu et de la forme de leur PCP, je ne peux que déplorer au plus haut point que notre profession soit à nouveau envoyée au champ de bataille en rangs dispersés.

La discussion qui a conduit à cette absence d'unanimité est à mon avis de nature multifactorielle. Il est certainement encore trop souvent question de mélange d'intérêts pour certaines unions professionnelles mais il s'agit aussi d'un problème de communication, qui provient principalement d'une différence dans la perception de l'identité de l'ostéopathie, d'une perception subjective de l'historique et à mon sens d'un peu trop de témérité sur la direction du débat autour de tout ceci.

Permettez-moi d'approfondir quelques points à ce propos.

En ce qui concerne l'identité de l'ostéopathie, nous y avons consacré suffisamment d'attention dans le PCP-GNRPO (chapitres 4 et 5). Nous retenons surtout ici que :

Il est très important de se rendre compte que l'arsenal de techniques ostéopathiques mises en oeuvre ne définit pas d'office l'ostéopathie. Elles font seulement partie de l'exercice global de la médecine ostéopathique. L'ostéopathie se différencie d'autres médecines manuelles plus encore par son concept sous-jacent, son processus de réflexion ostéopathique sous-jacent ainsi que de sa mise en oeuvre, que par ses techniques et son application.

Avec joie, je constate que cette opinion a toujours été approuvée dans les conversations et la correspondance avec le KCE par tout le groupe professionnel (un ostéopathe n'est pas moins ostéo quand il n'utilise pas de techniques Jones, tout comme un kinésithérapeute n'est pas moins kiné parce qu'il n'applique pas de courant diadynamique ou encore un

¹ Je ne peux que constater qu'une discussion sur l'identité (la substance la plus profonde) de notre profession, va pratiquement toujours de pair avec une part d'émotivité et parfois aussi avec une part d'affirmations gratuites. Je pense personnellement qu'il faut y voir un lien avec la grande diversité d'expressions de cette identité et dans le caractère défensif de son histoire.

médecin n'est pas moins médecin parce qu'il ne prescrit pas d'antidépresseurs pour un mal de dos chronique).

Cet accord si peu courant entre ostéopathes semble cependant n'être que de courte durée puisque dans le PCP, il n'a pas résolument été choisi de définir l'ostéopathie par ses domaines d'indication, c'est-à-dire, le « pariétal », le « viscéral » et le « crânio-sacré ». Certains prétendent même que nous devons pour cette raison jeter le bébé avec l'eau du bain et que nous devons adopter le PCP Pays-Bas dans lequel un rôle clé est attribué à ces domaines d'indication. Maintenant, ce n'est pas parce que les Néerlandais ont utilisé ce fil conducteur dans leur PCP qu'il faut le voir comme le chemin à suivre, au contraire. Je vais essayer, à travers quelques-uns des éléments qui à mon sens sont les plus importants (croyez-moi, il y a bien plus d'arguments), de vous convaincre que nous ne devons pas faire les mêmes erreurs.

- Cette répartition de l'ostéopathie en « pariétal », « viscéral » et « crânio-sacré » est purement de nature pédagogique. Ce concept a, avec le temps, commencé à vivre sa propre vie. Il a été utilisé par les instituts de formation, entre autres, comme moyen pour, par exemple, attirer les kinésithérapeutes à leur enseignement. Certains ostéopathes l'emploient sur leur site, pour, montrer clairement à leurs patients qu'ils sont en position concurrentielle vis-à-vis de leurs confrères et ainsi afficher leur nouvelle profession et leur nouveau statut. Dans les 2 cas, ils recherchent de cette façon à se créer une identité propre² ce qui n'est pas un mal en soi, la question est juste de savoir si c'est bien de cette manière qu'il faut se profiler. Si je reprends encore l'exemple donné plus haut : un ostéopathe est-il moins ostéo parce qu'il n'utilise pas de techniques viscérales tout comme un kinésithérapeute serait moins kiné parce qu'il ne propose pas d'électrothérapie ? De cette manière, on déciderait de mettre beaucoup d'ostéopathes dans l'embarras et on ne se sentirait plus en phase au sein de notre profession.
- A ce propos je peux aussi vous dire que cette répartition n'a aucun fondement d'un point de vue historique, elle n'appartient pas non plus aux principes fondamentaux de notre ostéopathie, bien au contraire: une division peut difficilement être appelée « holistique ».
- La répartition est aussi à ramener, si pas entièrement, certainement en partie, à l'arsenal technique de l'ostéopathie (techniques pariétales, viscérales et crânio-sacrées) pour lequel nous nous étions mis d'accord qu'il ne constitue pas l'essence de l'ostéopathie. En d'autres termes, ce n'est rien de plus qu'un ostéopathe qui s'occupe d'une structure anatomique comme le coude droit, un viscère, le crâne ou le pied gauche.
- Aussi quand on peut lire dans le PCP du ROB³ que la notion de « pariétal », par exemple, ne peut pas être comprise comme une « *structure pariétale* » ou « *un groupe de techniques effectuées à un endroit* » mais comme « *la fonction pariétale* » (sans que ce soit toutefois défini), cela ne change rien d'essentiel à notre affaire. Encore moins quand un peu plus loin dans le document il est référé de manière plutôt explicite, par exemple, à « des techniques viscérales et crânio-sacrées » pour définir « les actions ostéopathiques médicales ».
- En outre, je soupçonne qu'il y ait des problèmes de communication autour de ce problème et que les opposants du PCP comme les ostéopathes les plus « critiques » envers une formation universitaire ne soient que peu ou pas du tout au courant de

² Assmann A., Friese H. *Identitäten, Erinnerung, Geschichte, Identität 3*, 1999, 2.Aufl., Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main

³ Roggen, L L M (red.), 2010: Competentieprofiel Osteopathie - Register voor de osteopaten van België - R.O.B, p 23;p 28-32

l'intention, du but. Beaucoup pensent que « crâne » et « viscères » sont, de toute façon, themata non grata à l'unif. Des techniques viscérales et ou de techniques effectuées au niveau du crâne ne peuvent être reprises dans un curriculum que s'il existe un fondement scientifique suffisant. On parle actuellement déjà de « crâne » et de « viscères » mais à la lumière de l'information la plus objective dont nous disposons. Les modèles explicatifs qui sont réfutés depuis déjà longtemps, ne sont, bien entendu, pas retenus (voici un exemple explicite : quand, il y a déjà des années de cela, le matériel de preuve en biomécanique s'est accumulé contre les lois de Fryette, il a alors été normal qu'on ne les offre plus comme modèle d'interprétation pour les dysfonctionnements vertébraux. Ils peuvent alors éventuellement prendre place dans l'histoire afin de trouver des modèles plus adaptés). Je réfère ici aux règles de jeu qui sont données par la communauté académique⁴.

- Je voudrais encore attirer l'attention sur le fait que les techniques viscérales et les techniques effectuées au niveau du crâne sont bel et bien reprises dans le PCP, alors qu'il n'aurait finalement pas fallu le faire; dans le PCP il n'est pas non plus spécifié que, par exemple, une technique directe est effectuée au niveau du pied gauche et pourtant les manipulations viscérales et les techniques neurocrâniennes et viscérocrâniennes ainsi que leurs techniques diagnostiques reçoivent une mention séparée (voir l'annexe VI)
- Mais le contre-argument principal pour une telle division vient de ceux qui ne veulent pas que l'ostéopathie devienne une catégorie professionnelle à part entière dans un avenir proche. En 2009, en Allemagne, un tel jugement a été donné par le conseil scientifique du Bundesärztekammer (disons l'ordre des médecins d'Allemagne) sur la valeur scientifique des actions ostéopathiques « (et donc pas de « l'ostéopathie » ou de la médecine ostéopathique » ; on craint même d'appeler l'enfant par son nom)⁵. Ils utilisent précisément le profil précité de l'ostéopathie pour, dans un article très bien documenté, démolir le volet viscéral et le volet crânio-sacré après quoi il ne reste donc plus que le volet pariétal. Ils assimilent alors ce volet à la médecine manuelle et décident qu'il n'y a pas besoin d'une profession séparée d'ostéopathe. Paradoxalement nous constatons ici que c'est précisément la peur qui est exprimée par les opposants/indécis au sein du GNRPO a.s.b.l. pour le PCP présenté qui est corroboré ici quand il est fait usage de la répartition en pariétal, viscéral et crânio-sacré.

Le plus drôle est que la « médecine manuelle » a adapté sa définition en 2003 en :

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

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

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

⁵ **Haas N.P., Hoppe J-D., Scriba P.C.** Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren, 2009, Deutsches Ärzteblatt, 106(46): 2325-2334

Avec cette adaptation (mots en gras dans la définition ajoutés par moi) qui n'a d'ailleurs pas été confirmée sur leur site Web, où « Tête » et « Viscéral » ne sont pas mentionnés⁶, ils adoptent une partie du terrain d'actions de l'ostéopathie, après quoi ils décident sans sourciller qu'il ne faut pas percevoir, apparemment même au niveau du contenu ou au niveau conceptuel, de distinction entre les notions « ostéopathie » et « médecine manuelle ». Il y a peut-être quelque chose de vrai là-dedans mais on ne doit, bien sûr, pas retourner la réalité !

L'article est, en d'autres termes, un exemple classique de récupération de la médecine ostéopathique, faisant usage d'un profil erroné de notre côté et d'une manipulation éhontée de l'historique de leur côté. L'enquête sur « les actions ostéopathiques » comme ils l'appellent, correspond bien entendu parfaitement à une division de l'ostéopathie en pariétal, viscéral et crânio-sacré. Comme j'en ai déjà parlé à un point précédent, c'est ici surtout l'aspect technique qui a été visé, avec les indications possibles, les contre-indications et précédé de l'exclusion diagnostique qui peut bien entendu, toujours selon le même article, uniquement être effectuée par un médecin.

Ce dernier point est à lui seul une raison suffisante pour changer de stratégie dans notre PCP (lire aussi le profil)

Cave: ceux qui plaident pour une division dans les domaines susmentionnés, ne parlent pas de "l'ostéopathie" pour la simple raison qu'il n'existe aucune base historique ou scientifique⁷ pour cette subdivision en secteurs.

Avec tout cela, je ne veux pas encore plonger dans ce qu'est la valeur scientifique de tout cela. Certaines de mes réflexions personnelles se trouvent dans un texte que j'ai écrit pour la Rijksuniversiteit van Gent (RUG)⁸. Malgré le fait qu'il y a ici quelques incitations à élargir le champ d'indication de l'ostéopathe, j'ai le plus grand respect pour l'attitude de l'enseignement à l'ULB, quant au contenu EBM de son programme. Chacun doit comprendre qu'il ne **peut** pas y avoir d'autre voie pour obtenir une place dans les soins de première ligne. Cette position doit être prise en considération par toutes les écoles enseignant l'ostéopathie comme profession, c'est la tâche du GNRPO de le surveiller.

Tout cela ne veut pas dire qu'une gamme plus large d'indications n'existera pas dans l'avenir, ou que le monde académique ne sera pas sensible aux résultats cliniques des techniques ostéopathiques les plus diverses et/ou des indications, même si celles-ci sont parfois anecdotiques ou non suffisamment étudiées. Je me réfère une fois de plus aux règles précitées.⁹ Se permettre d'y échapper serait totalement irresponsable. Il est de **notre** devoir de changer cette situation. Nous devons mettre en avant l'ostéopathie que nous pratiquons dans nos cabinets avec les résultats cliniques que nous avons et nous nous devons d'y apporter assez de preuves sans perdre de vue l'„evidence based practice“ (lire PCP p.36)

⁶ <http://www.dgmm.de/manu.htm>

⁷. La recherche clinique ostéopathique a aussi été appliquée à la personne/patient entière et non pas aux domaines d'une personne. Les domaines ont seulement été étudiés dans le cadre de la recherche fondamentale.

⁸ **van Dun P.L.S.** Reflecties over CAMs: Osteopathie, 2008: 1-20 (niet gepubliceerd), <http://www.corpp.org/artikel/News/detail139652.jsp?msf=>

⁹ **Lepers Y.** Histoire critique de l'ostéopathie : de Kirksville à l'Université Libre de Bruxelles, 2010, PhD, ULB, Bruxelles, p 212

Dans ce but, du personnel et des ressources devront être trouvées, en d'autres termes cette priorité devra être intégrée dans la stratégie du GNRPO.

Le doute possible, ou même l'aversion, de certains d'entre-nous pour choisir un enseignement universitaire pour notre profession d'ostéopathe est très marginale. Il est principalement attribuable à l'existence d'enseignement privé, où leurs intentions ne sont pas toujours très claires quant à l'objectif des besoins de la profession^{10, 11} (voir cité plus haut "conflit d'intérêts") Il existe, tant au niveau national qu'international, un très large soutien à l'intérieur du groupement professionnel pour une formation universitaire, ce qui affaiblit la pertinence de ce sujet. Je fais volontiers référence aux 81% des ostéopathes présents lors des Etats Généraux de l'ostéopathie en 2007 ayant approuvé que l'enseignement de l'ostéopathie devait être enseigné à l'université.¹²

N'oublions pas avec tout cela que la découverte de notre créneau dans les soins de santé et donc aussi le polissage de notre identité est une question à négocier avec beaucoup de partenaires dans notre société.¹³ Je suis, sans doute avec vous, fortement persuadé qu'il n'y a pas de retour en arrière possible. Le monde est à nous, mais la manière dont il sera fait dépendra des négociations. Une négociation qui sera fondée sur la raison et les faits, dépourvue d'émotion et d'anecdotes. Beaucoup dépendra de la manière dont nous arriverons à mener les débats pour ne pas trop perdre de notre identité. Tout ce que nous avançons doit pouvoir être basé sur suffisamment de faits, sous forme de recherche scientifique, ce qui est relativement rare dans notre profession. Faisons alors le choix de ne pas viser trop haut et de ne pas être trop téméraires dans notre discussion.

Je voudrais terminer sur une pensée basée sur un texte de Hans Kühn et que j'ai publiée comme éditorial dans "About Osteopathy" d'octobre 2008¹⁴:

L'ostéopathie n'est jamais et nulle part pareille !

Pourtant simultanément nous ne devons pas perdre de vue que se cache effectivement une "constante" parmi tous ces courants et contre-courants historiques qui changent au cours du temps, dans ces différences, dans ces représentations changeantes et ces réalisations vécues de l'ostéopathie. Une constante à laquelle nous devons offrir toute notre attention; des composantes fondamentales qui ont été conçues à l'origine de la profession. Cela reste la norme valable et forme "l'essence", le noyau, une substance commune à la profession. A l'encontre de cet essentialisme rigide, j'ajouterai directement que cette essence permanente ne se montre qu'en variables. Il existe une constante dans les variables. L'ostéopathie se présente comme une manifestation historique-mouvante, ou une "gestalt". Si on veut percevoir l'essence dynamique et non l'essence rigide, nous devons considérer sa manifestation historique changeante, sa gestalt. Ce n'est peut-être pas l'ostéopathie-idéal que nous avons devant les yeux et qui s'élève dans les hautes sphères philosophiques mais l'ostéopathie réelle au milieu du monde et de l'histoire de la médecine et de la santé publique. Il n'existe nulle part une essence de l'ostéopathie *en soi*, déconnectée et chimiquement distillée du cours de l'histoire. L'essence et la gestalt ne peuvent pas être

¹⁰ **Wagner C.** Exploring European Osteopathic Identity: an Analysis of Professional Profiles of European Osteopathic Organizations, 2009, MSc Project, WSO-DUK, Vienna

¹¹ **van Dun P.L.S.** (2008) Professionele identiteit en kwaliteit voor de osteopathie, De Osteopaat, 9 (2): 6-8.

¹² Etats-Généraux Ostéopathie, 26.10.2007, GNRPO asbl, Bruxelles

¹³ **Miller K.** The evolution of professional identity: the case of osteopathic medicine, *Soc .Sci. Med.*, 1998, 47 (11): 1739-1748

¹⁴ J'ai écrit cet éditorial dans le cadre des conversations tenues au Forum Mutuelles en rapport avec les conversations entre et au sein du GNRPO et de l'UKO.

dissociées. Il est cependant important de reconnaître la distinction entre l'essence et la gestalt. Comment doit-on sinon déterminer la constante dans le développement de la gestalt? Que deviendrait la norme, le critère, pour déterminer ce qui est acceptable et ce qui est condamnable ? Car il n'y a pas que l'essence et la gestalt, une constante et un changement, il y a aussi un non-être. Il y aura toujours un conflit fondamental entre la tradition et l'innovation. La question est de savoir si notre ostéopathie sera à même de conserver, parmi tous ces différents et ces conflits, parmi toutes ces directions et ces écoles, ces courants et ces opinions, sa substance et son essence...
Laissons nous porter par le courant de ces méditations afin de trouver notre gestalt sans discréditer l'essence de l'ostéopathie.

Patrick van Dun, DO

