

Article - Artikel

L'identité de l'ostéopathie en Europe : «finding the pony*» («trouver la perle rare»).

Patrick L.S. van Dun, MSc, DO¹ ; Constanze Wagner, MSc, DO

Résumé:

Aux États-Unis la crise d'identité des ostéopathes DO est une évidence et elle est sociologiquement analysée. Actuellement, plusieurs auteurs soutiennent qu'une crise d'identité de l'ostéopathie existe aussi en Europe. Cet article est basé sur une analyse systématique, historique et comparative de la littérature. Différents facteurs de la crise d'identité sont abordés, tel que le manque de réglementation gouvernementale entraînant une fragmentation de l'ostéopathie et de son champ d'exercice. Enfin, le rôle central de la formation en ostéopathie dans le développement de la crise d'identité ostéopathique sera discuté.

Mots-clés:

ostéopathie, identité ostéopathique, crise d'identité, formation ostéopathique, valeurs professionnelles.

Introduction

Dans les conversations avec nos confrères ainsi que dans la littérature ostéopathique, nous constatons régulièrement des différences dans la terminologie, dans la conviction professionnelle et dans la nature et la manière dont elle est pratiquée¹⁻¹⁰. Il faudrait donc examiner si ces différences peuvent être réduites à la singularité de chaque individu, au contenu des différents enseignements et formations suivies par chacun, ou au fait que nous, les ostéopathes ne définissons pas avec précision ce qu'est l'ostéopathie, quelles en sont les valeurs importantes, quel est son objectif collectif et quel rôle elle peut occuper dans les soins de santé. La question de la définition de l'ostéopathie peut alors se poser tant au niveau conceptuel que philosophique. Elle concerne à la fois l'identité ressentie par la profession, la reconnaissance politique professionnelle et sa perception par la société.

Aux États-Unis la crise d'identité des ostéopathes DO est une évidence et elle est sociologiquement analysée^{3,5,11-30}. C'est aujourd'hui un thème qui revient régulièrement dans la littérature³¹⁻³⁵. La crise provient notamment du fait que l'activité des médecins ostéopathes (DO) se distingue à peine de celle des médecins conventionnels (MD). Actuellement aux États-Unis, la question se pose de savoir s'il est encore utile de maintenir la distinction entre les dénominations MD et DO, malgré le fait que les ostéopathes se soient battus durant des décennies pour obtenir le droit de travailler comme médecins ostéopathes et qu'en résultat ils soient reconnus dans les 50 États^{19,20,23,26,36}. Dès le départ, la profession d'ostéopathe s'est intensément préoccupée de son identité. En raison des changements dans la société, de ses normes et de ses valeurs, l'ostéopathie a également dû continuellement s'adapter pour conserver ses chances d'obtenir la reconnaissance – autrement dit, son identité.²⁰ L'ostéopathie a réussi à survivre jusqu'à présent, car elle a toujours été consciente de l'environnement dans lequel elle évoluait et qu'elle a pu constamment s'adapter aux nouvelles exigences sociales.²⁰ Ces adaptations ont notamment concerné le champ d'exercice de l'ostéopathie (*scope of practice*), où par exemple la «médecine familiale» plus restreinte a remplacé la «médecine générale» et où d'autres spécialités ont vu le jour.³ Les nombreuses discussions sur les caractéristiques distinctives (*osteopathic distinctiveness et/ou osteopathic uniqueness*)^{11,18,27,37-42} et les points de vue changeants sur les caractéristiques identitaires particulières de l'ostéopathie ont témoigné de la nécessité d'une prise de conscience face aux autres professions. Il n'a cependant pas pu être évité que cette capacité

¹Président de la Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion asbl (CORPP asbl), collaborateur scientifique à l'Université Libre Bruxelles (ULB), Faculté Sciences de la Motricité – service d'Ostéopathie.

d'adaptation ne mène à un développement de l'ostéopathie dans le sens de la médecine conventionnelle (*orthodox medicine*). Il en résulte la crise d'identité vécue actuellement aux États-Unis.

Les discussions sur les caractéristiques qui forment l'identité et les caractéristiques distinctives nécessaires de l'ostéopathie ont également lieu en Europe.⁴²⁻⁴⁶ On peut supposer que beaucoup conçoivent l'ostéopathie comme une profession indépendante dans les soins de santé mais la profession d'ostéopathe reconnue officiellement et à part entière n'est à ce jour la réalité que dans quelques rares pays européens. En outre, il n'existe pas d'image claire de l'ostéopathie, ce qui est essentiel pour une communication interne et externe uniforme. Se pose alors l'hypothèse qu'une crise d'identité s'annonce aussi en Europe.⁴³

Le but de cet article est de donner une image de (la crise de) l'identité de l'ostéopathie en Europe au moyen d'une analyse systématique, historique et comparative de la littérature et de formuler quelques propositions sommaires afin de relever les défis de la profession.

Le développement historique de l'ostéopathie en Europe et aux États-Unis

Jusqu'à présent, il n'y a eu d'étude sociologique de l'histoire de l'ostéopathie en Europe que pour la Grande-Bretagne⁴⁷⁻⁴⁹, où on a choisi de la comparer aux États-Unis.

A première vue, l'ostéopathie s'est développée de manière fort différente en Grande-Bretagne et aux États-Unis, car, malgré le fait que Littlejohn - qui l'a introduite au Royaume-Uni - se distingue de Still sous certains aspects, l'ostéopathie en Grande-Bretagne s'est plus développée en suivant les principes de Still que ce ne fut le cas aux États-Unis, où elle se rapproche de plus en plus de la médecine conventionnelle.⁴⁸ Néanmoins, on peut établir beaucoup d'autres parallèles entre l'Europe et les États-Unis.

La présence ou l'absence d'une réglementation nationale - la fragmentation de l'ostéopathie

Aux États-Unis, l'American Osteopathic Association (AOA) fut, dès le début, la seule organisation représentant légalement la profession d'ostéopathe. Durant les décennies qui suivirent, la réglementation et la reconnaissance de l'ostéopathie américaine furent déterminées en grande partie par la médecine conventionnelle, l'AOA n'étant représentée que dans quelques États.³ Dans les autres États, les commissions étaient dominées par les partisans de la médecine conventionnelle.⁴⁷ La licence médicale fut un des principaux moyens pour la médecine conventionnelle de contrôler la concurrence des ostéopathes, des chiropracteurs et des autres professionnels de la santé.⁴⁹

Contrairement à l'ostéopathie américaine, qui au moment de sa création n'était pas encore confrontée à un marché contrôlé par la médecine conventionnelle, le marché médical en Grande-Bretagne, au moment de l'introduction de l'ostéopathie, était entièrement contrôlé par la médecine conventionnelle.⁴² C'était aussi largement le cas dans les autres pays européens.

Toutefois, en Grande-Bretagne, il n'y a eu durant des décennies, que peu ou pas de limitation d'accès à la profession avant la Loi de 1993 (*Osteopaths Act*). Les problèmes qu'ont alors dû affronter les ostéopathes furent, d'une part, de savoir comment faire face à la concurrence des autres professions manuelles et, d'autre part, comment gérer leur réputation de profession marginale.⁴⁸ Un registre volontaire ne fournit pas la solution souhaitée à ce problème. Cela occasionna plutôt des divisions chez les ostéopathes britanniques et conduisit à leur fragmentation en de nombreuses associations et registres professionnels, ce en fonction de leurs établissements d'enseignement respectifs et sous l'influence d'autres médecines. Les plus grandes fractions étaient celles des «*lay osteopaths*» (ostéopathes sans formation médicale préalable), les *medical osteopaths/osteopathic physicians* (médecins conventionnels spécialisés en *Osteopathic Manipulative Treatment (OMT)*) et les *naturopathic osteopaths* (naturopathes qui se sont rattachés aux ostéopathes). Ces derniers ont introduit des techniques chiropratiques en ostéopathie et se sont différenciés en créant leur propre registre et un titre supplémentaire (ND).⁴⁸

La possibilité d'une reconnaissance de la profession d'ostéopathe s'accrut enfin lorsque plusieurs associations professionnelles fusionnèrent et que le *General Council and Register of Osteopaths* en émergea. Elle devint réalité en 1993.

Nous pouvons à ce stade établir des parallèles avec d'autres pays européens, où cette fragmentation de l'ostéopathie (notamment en se profilant professionnellement en fonction de la profession précédemment exercée) se traduit par un grand nombre d'associations et de registres professionnels différents.⁴³ C'est particulièrement le cas en France, où une distinction est faite entre 11 sortes d'ostéopathes.⁵⁰

Beaucoup de ces associations professionnelles et de ces registres ont été créés sur le continent européen sur les bases d'instituts privés d'enseignement ostéopathique, qui voulaient offrir à leurs diplômés, inspirés par l'autorégulation, un encadrement professionnel. Les conflits d'intérêts et la concurrence entre ces organisations ne sont nullement propices à la formulation d'objectifs clairs ou de l'identité de la profession.⁵¹ Cela provoqua en partie un manque d'intérêt pour la régularisation de la profession d'ostéopathe par voie gouvernementale et entrava le chemin de la reconnaissance de l'ostéopathie.⁵² Ici et là en Europe, on voit alors des associations et des registres professionnels tenter un rapprochement et peu à peu convenir d'un accord de coopération, mais cela a rarement conduit à plus de sérieux et à l'intégration de leurs structures et de leurs objectifs.⁴³

Questions sur le champ d'exercice et sur la vraie mission ostéopathique

Comme décrit précédemment, le problème de l'identité ostéopathique aux États-Unis a principalement surgi des accords conclus avec la médecine conventionnelle. En Grande-Bretagne, il vient plutôt du mélange de l'ostéopathie avec d'autres médecines et / ou thérapies manuelles et non conventionnelles (comme la naturopathie et la chiropraxie), ce qui a compliqué le développement d'une identité propre aux limites bien définies.⁴⁸ De plus, au cours des dernières années, les ostéopathes britanniques ont étendu le débat à la prescription limitée de médicaments par les ostéopathes et à l'intégration de produits pharmaceutiques.⁵³ Cette discussion rappelle celle des *lesion osteopaths* et des *broad osteopaths* ou encore de ceux appelés les *three finger osteopaths* et les *ten finger osteopaths* aux États-Unis.³

Une enquête, menée auprès des ostéopathes britanniques, montre que seulement 49% d'entre-eux pratiquent «purement» l'ostéopathie et que 51% utilisent aussi d'autres méthodes de traitements (26% l'acupuncture, 22% l'électrothérapie, 19% la thérapie nutritionnelle et 7% l'homéopathie)⁵⁴. Une autre étude, à généralisation limitée, recense les médecines et / ou les thérapies supplémentaires utilisées par les ostéopathes en Autriche (MTC, kinésithérapie, acupuncture, thérapie neurale, etc.).

Tant aux États-Unis qu'en Grande-Bretagne, les ostéopathes ont parfois dû se battre contre l'image d'une pratique se concentrant uniquement sur les troubles musculo-squelettiques, ce qui faisait qu'ils n'étaient pas connus comme médecins généralistes (*general practitioner*) avec tout leur champ d'exercice.^{26, 48} L'ostéopathie américaine s'est plus détachée de cette image réductrice que l'ostéopathie britannique, car elle a plus évolué vers la médecine conventionnelle et a, en outre, également développé des filières de métier dans le domaine médical.

Selon Fossum⁴², il faut surtout ramener la crise d'identité britannique à des stratégies politiques dans lesquelles le domaine de l'ostéopathie était/est limité aux symptômes/maladies du système musculo-squelettique. Cette stratégie a, entre autres, été adoptée par le *General Osteopathic Council* comme moteur pour le projet de loi (*Osteopaths Bill*). En Belgique, cette stratégie a aussi clairement été imposée aux ostéopathes par les interlocuteurs de la médecine conventionnelle à la table de négociation de la Chambre d'Ostéopathie pour la reconnaissance de la profession d'ostéopathe.

Bien que la majorité des patients consultent en général un ostéopathe pour des troubles musculo-squelettiques, principalement pour des problèmes au niveau de la colonne vertébrale (65%)^{56,57}, les professionnels se considèrent eux comme de vrais généralistes (*true generalist*) de soins de première ligne.^{52,58,59}

Les établissements de formation et les ostéopathes soutiennent que la profession peut prétendre à bien plus qu'uniquement le système musculo-squelettique, autrement dit, pariétal. Selon eux, deux piliers de l'ostéopathie sont oubliés : le viscéral et le crânien. Bien que la classification de l'ostéopathie en «pariétal», «viscéral» et «crânien» soit purement didactique, elle a fait du chemin au cours des dernières années et elle nous a attribué à tort une caractéristique déterminante de l'identité de l'ostéopathie. Historiquement, cette division n'appartient pas aux principes fondamentaux de l'ostéopathie, bien au contraire, une telle classification peut difficilement être considérée comme holistique. Il n'y a donc pas de fondement historique et / ou scientifique pour justifier cette construction de domaines.^{51,60}

Les «piliers» viscères et crâne ont notamment été utilisés par des établissements de formation pour attirer, par exemple, des kinésithérapeutes dans leur formation. L'ostéopathe moyen utilise aussi facilement cette classification, y compris sur son site Web, pour se positionner au regard de ses patients et des confrères de sa profession précédente, et, de cette manière, afficher sa nouvelle profession et le nouveau statut éventuel qu'il a ainsi acquis. Des changements de l'image de la profession ainsi qu'éventuellement du statut social qui y est associé ont une forte influence sur la formation du professionnel. En plus de l'identification à une profession, l'aspect économique joue un rôle important dans le choix professionnel.⁴³

Et quand on lit que le conseil scientifique de la *Bundesärztekammer* allemande ⁶¹ (qu'on pourrait qualifier d'Ordre des médecins en Allemagne) utilise les piliers précités dans un article en 2009 pour démonter les piliers viscéral et crânien, pour qu'il ne reste plus que le pilier pariétal, qu'ils assimilent à de la médecine manuelle, et qu'ils décident qu'il n'y a pas besoin d'une profession séparée d'ostéopathe, il ne serait pas opportun de se profiler comme tel. Il est pourtant curieux de remarquer que les médecins ne craignent pas d'inclure dans leur définition de la *Manuelle Medizin* les piliers «viscères» et «crâne» considérés auparavant comme «non scientifiques». ^{51, 61}

L'enseignement en ostéopathie

Avant la réglementation par l'Etat de l'ostéopathie aux États-Unis, on y retrouvait des similitudes avec l'histoire de l'ostéopathie britannique, qu'on retrouve encore aussi actuellement dans d'autres pays européens.

Quand il n'existait pas encore de réglementation officielle de l'enseignement ostéopathique, la qualité des différentes formations variait énormément. Ces établissements de formation privés étaient financés par les droits d'inscription et la concurrence était souvent rude. Cette dépendance financière les empêchait de fixer en même temps des critères d'admission et de qualité suffisamment élevés, ce qui a mené à la prolifération (*mushrooming business*) des formations. Cette évolution a freiné la reconnaissance de la profession. Ce n'est qu'en 1909 que le rapport Flexner aux États-Unis s'attela à donner un niveau minimal et uniforme aux écoles de médecine conventionnelle et ostéopathique, de sorte qu'un certain nombre d'établissements de formation durent fermer leurs portes car ils ne pouvaient pas répondre aux nouvelles exigences plus élevées.^{3, 26}

En Europe, il n'existe à ce jour aucun rapport de cette ampleur et ses conséquences. Le *WHO Benchmarks for Training in Osteopathy*⁵⁹ (OMS) n'est qu'une directive, et l'on se demande si les propositions qui y sont énoncées sont suffisantes pour former à une profession de soins de santé de première ligne.

Principalement en Europe, on constate un développement exponentiel d'établissements de formation. Par rapport aux 29 établissements de formation différents (37 instituts dans 28 États) que l'on trouve aux États-Unis (www.aacom.org), il y a actuellement 74 établissements de formation en Allemagne (www.osteokompass.de) et 74 en France, pour laquelle on peut affirmer que seulement environ 15 des établissements sont en mesure de former des «ostéopathes qualifiés». ⁶²

Vu le grand nombre d'établissements de formation, on se demande s'il leur est possible de recruter suffisamment de personnel qualifié et si ils ont des chances de pouvoir mettre en place un partenariat avec une université. Une collaboration avec, voire une intégration dans une université est une étape essentielle dans la professionnalisation de l'ostéopathie.⁶³ Dans les pays européens qui ont de nombreux établissements de formation (des organisations sans but lucratif en général) et où l'enseignement en ostéopathie n'est pas reconnu par l'état, il y a une forte probabilité pour que beaucoup d'entre eux ne résistent pas à un contrôle de qualité.^{43,64,65}

Un autre problème lié au grand nombre d'établissements d'enseignement est le grand nombre de diplômés qui sortent chaque année, et en conséquence, le danger de saturer le marché des ostéopathes. Cela implique donc des conséquences socio-économiques. Pour la France seule, on estime le nombre de diplômés en ostéopathie est près de 3000⁶⁴ par an et on constate que le nombre moyen de consultations en six ans (2002 à 2008) a diminué de 40% et que la marge de bénéfices d'un cabinet ostéopathique diminue de 75% la première année. Cela signifie que 30% des ostéopathes nouvellement diplômés en France déclarent que, cinq ans après leur études, ils ne sont toujours pas financièrement indépendants.⁶⁶ Il s'agit d'un développement inquiétant qu'il ne faudrait pas sous-estimer dans d'autres pays dont l'histoire de l'ostéopathie est bien plus jeune. Il faudrait aussi analyser l'impact que pourrait avoir une sursaturation en ostéopathes en combinaison avec un faible niveau de formation sur les normes et les valeurs de la profession et donc de son identité.

Bien qu'en Europe, on crée de plus en plus d'enseignements à temps plein en ostéopathie, on trouve principalement des formations à temps partiel organisées par des instituts privés, requérant une formation préalable dans une profession (para) médicale. Généralement, il s'agit d'une formation en kinésithérapie ou en médecine. Il semble aussi que, dans la réalité, de nombreux ostéopathes diplômés combinent leur profession initiale dans une certaine mesure avec leur «ostéopathie» et décident donc de ne pas travailler exclusivement comme ostéopathe.⁶⁸ Cela limite le développement d'une identité professionnelle en tant qu'ostéopathe, tant de sa perception personnelle que de sa perception de l'extérieur. L'absence de reconnaissance légale de l'ostéopathie en tant que profession indépendante pourrait contribuer à réduire l'ostéopathie à la simple exécution de «techniques ostéopathiques» dans le cadre d'un traitement de kinésithérapie ou d'un traitement médical conventionnel.^{43,68} L'impression que l'ostéopathie donne au monde extérieur n'est donc pas celle d'une profession commune à tous les ostéopathes, bien au contraire, elle crée ainsi une fragmentation des différentes professions qui ont recours à des techniques ostéopathiques, ce qui à son tour influence la description de l'ostéopathie.^{43,50} Ainsi, en Europe, on fait une distinction entre un ostéopathe et un médecin-ostéopathe (ou devrait-on dire un ostéopathe-médecin ?). Ils ne sont pas autorisés légalement à effectuer les mêmes actes. On voit donc surgir un champ d'exercice différent pour l'ostéopathe et pour le médecin-ostéopathe (voir www.erop.org). Nous l'avons déjà mentionné plus haut, il existe en France 11 sortes différentes d'ostéopathes.

La qualité de l'enseignement européen en ostéopathie et de leur certificat couvrent un large spectre : cela va de formations sans diplôme reconnu à des formations master après master (master complémentaire) officielles et reconnues par l'Etat.⁴³ Une série de week-ends de formation sous la forme modules d'accompagnement professionnel s'affrontent donc à un diplôme universitaire de 6 ans (360 ECTS), en collaboration avec une Faculté de Médecine avec un stage clinique dans un hôpital universitaire.

Historiquement, l'enseignement en ostéopathie aux États-Unis et en Grande-Bretagne a joué un rôle clé dans la plupart des aspects du développement de la profession d'ostéopathe et de son identité. Les mêmes erreurs stratégiques que nous connaissons à travers l'histoire de l'ostéopathie américaine et britannique seront commises sur le continent européen. Tous ces facteurs sont responsables de la crise d'identité de l'ostéopathie en Europe, ce qui est soutenu par certains auteurs depuis déjà plusieurs années.^{42,43,45,69-71}

Conclusion

L'identité est un état d'unité, de cohérence et de continuité, qui sous-tend l'autonomie de pensée et d'action⁷², ainsi que la fixation de limites et la construction de contradictions.⁷³ Pour garantir cela, la profession d'ostéopathe doit (re)connaître l'essence de l'ostéopathie et être en mesure de la définir clairement. La caractéristique (*distinctiveness*) de l'ostéopathie est donc une question inévitable pour les professionnels. Il ne s'agit pas de définir l'ostéopathie par rapport à d'autres formes de médecine manuelle mais de décrire ce qui fait que l'ostéopathie est de l'ostéopathie, c'est à dire ce qu'elle est par essence.⁴³ La recherche de l'identité ostéopathique a, dans la littérature, très souvent soulevé la question de savoir ce qui rend l'ostéopathie si unique.^{1,5,8,18,20-22, 28,37,40,44} D'après Drexler⁷⁴, il s'agit d'une erreur catégorique car on ne peut déduire l'identité de l'unicité. Inversement, il est possible de déduire l'unicité de l'identité. La question de l'unicité peut être posée s'il s'agit d'une comparaison à l'autre, à condition donc que l'on ait une identité, une «connaissance» de soi-même. Cela ne fait aucun sens de s'interroger sur ce qui fait que l'ostéopathie est unique, il faut plutôt se demander ce qui fait que l'ostéopathie est vraiment de l'ostéopathie. La question «Qu'est-ce que l'ostéopathie» n'est pas non plus, selon Korr¹³, la bonne question à poser, ce serait plutôt : «*What do you propose that it become and that it do?*» (Que proposez-vous qu'elle devienne et qu'elle fasse ?).

Pour arriver à un développement solide de l'identité propre de l'ostéopathie qui puisse en même temps être à la base de sa reconnaissance par le gouvernement, nous devons avant tout rechercher les valeurs professionnelles communes (*professional values*).^{46,75} Elles sont indispensables pour le développement d'une identité professionnelle²³ et pour pouvoir élaborer le futur profil de la profession.⁴³ Cette détermination de valeurs communes sera ensuite également nécessaire pour parvenir à un profil professionnel européen uniforme. A partir d'une définition du champ ostéopathique basée sur ce profil professionnel, on pourra alors définir des objectifs clairs pour l'enseignement ostéopathique.

Il y a une autre raison importante pour parvenir à une discussion commune sur les valeurs professionnelles et de les mettre en pratique. Toute communauté est tôt ou tard confrontée au conflit fondamental entre la tradition

(= vieilles valeurs contribuant à forger l'identité/la profession) et l'innovation (= nouvelle formation d'identité professionnelle sur base des valeurs contemporaines), donc aussi les ostéopathes. Les changements dans la société et des systèmes qui y sont liés sont les éléments moteurs de la réorientation de la profession.

Ce sujet a aussi été abordé dans un éditorial traitant de l'essence de l'ostéopathie en forme mouvante (Gestalt), qui reprend le concept de *Wesen und Gestalt* d'une œuvre de Hans Kühn.⁷⁰ Il est certain que le concept de l'ostéopathie est partiellement déterminé par son contexte historique, en d'autres termes : l'ostéopathie n'est jamais et nulle part identique. 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. L'ostéopathie se présente comme une manifestation historique-mouvante, ou une « gestalt ».

Si on veut percevoir l'essence dynamique et non l'essence rigide, constante, 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 dissociées.

Il est cependant important de percevoir la distinction entre l'essence et la gestalt. Comment pourrait-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 'en 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 en Europe 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 et, dans le même temps, de se transformer pour la nouvelle génération.

* „There were once two brothers, one of whom was an incurable pessimist and the other an incurable optimist. One year, on Christmas day, the pessimist was given a room full of shiny new toys and the optimist, a room full of horse manure. The pessimist opened the door to his room full of toys, sighed and lamented, «A lot of these are motor driven and their batteries will run down; and I suppose I'll have to ken show them to my cousins, who'll break some and steal others; and their paint will chip; and they'll wear out. All in all, I really wish I hadn't gotten this room full of toys!» The optimist opened the door to his room full of horse manure and, with a shout of glee, threw himself into the muck and began burrowing about in it. When his horrified parents extricated him from the excrement and asked him why on earth he was trashing about in it, he joyfully cried, «With all this horse manure, there's got to be a pony in here somewhere!»

(Adapted from the story told in Sackett et. al: *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Med.*, second edition, Boston: Little, Brown and Company, 1991, in Hruby, 1993)

Correspondance : Am Etlingsbrunnen 1
D - 34317 Habichtswald
Tel.: 0032.15 20 63 86
p.vandun@corpp.org

Littérature

1. Allen TW. 'Osteopathic physician' defines our identity. *JAOA* 1993; 93 (9): 884
2. Cameron M. A comparison of osteopathic history, education and practice in Australia and the United States of America. *Australasian Osteopathic Medicine Review* 1998; 2(1): 6–12
3. Gevitz N. *The D.O.s: Osteopathic Medicine in America*, 2004, 2nd edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore & London



4. Grundy M, Vogel S. Attitudes towards prescribing rights: a qualitative focus group study with UK osteopaths. *IJOM* 2005; 8: 12–21
5. Johnson SM, Bordinat D. Professional identity: Key to the future of the osteopathic medical profession in the United States. *JAOA* 1998; 98 (6): 325–331
6. Johnson SM, Kurtz ME, Kurtz JC. Variables influencing the use of osteopathic manipulative treatment in family practice. *JAOA* 1997; 97 (2): 80–87
7. Johnson SM, Kurtz ME. Diminished use of osteopathic manipulative treatment and its impact on the uniqueness of the osteopathic profession. *Journal of Medical Education* 2001; 76 (8): 821–828
8. Kuchera WA. Our osteopathic uniqueness needs nurturing. *JAOA* 1991; 91 (2): 117, 121
9. Lucas NP, Moran RW. Is there a place for science in the definition of osteopathy? *IJOM* 2007; 10: 85–87
10. Russo DP, Stoll ST, Shores JH. Development of the attitudes toward osteopathic principles and practice scale (ATOPPS): Preliminary results. *JAOA* 2003; 103 (9): 429–434
11. Littlejohn JM. Osteopathy an independent system co-extensive with the science and art of healing, 1901. *JAOA* 2000; 100 (1): 14–26 (special reprint)
12. Hollis AS. Will osteopathy be absorbed? *The Journal of Osteopathy* 1910; 17 (2): 169–170
13. Korr IM. The function of the osteopathic profession: A matter for decision, 1959. In: *The Collected Papers of Irvin M. Korr*, 5th ed. Indianapolis: AAO 1995, p. 228–240
14. Korr IM. Osteopathy and medical evolution, 1962. In: *The Collected Papers of Irvin M. Korr*, 5th ed. Indianapolis: AAO 1995, p. 244–253
15. Nicholas AS. Osteopathic Philosophy: A re-evaluation of its objectives. *Osteopathic Annals* 1983; 11 (8): 333/11–337/22
16. Eckberg DL. The dilemma of osteopathic physicians and the rationalization of medical practice. *Soc Sci Med* 1987; 25 (10): 1111–1120
17. Cole TJ. Do real DOs practice manipulation? *JAOA* 1990; 90 (12): 1051
18. Meyer CT, Price A. Osteopathic medicine: A call for reform. *JAOA* 1993; 93 (4): 473–485
19. Fisher Wilson J. Osteopathic medicine's growing pains. *ACP Observer* 1997. www.acpinternist.org/archives/1997/11/osteopat.htm [27.09.2012]
20. Miller K. The evolution of professional identity: the case of osteopathic medicine. *Soc Sci Med* 1998; 47 (11): 1739–1748
21. Pogorelec E D. Will the D.O. distinction carry on? *Family Physician* 2000; 4 (8): 3
22. Fogel RM. Osteopathic medical schools should foster sense of identity. *JAOA* 2001; 108 (6): 330
23. Johnson SM, Kurtz ME. Perceptions of philosophic and practice differences between US osteopathic physicians and their allopathic counterparts. *Soc Sci Med* 2002; 55: 2141–2148
24. Cummings M. Does the osteopathic internship have a future? *Academic Medicine* 2003; 78 (1): 22–25
25. Teitelbaum HS, Bunn WE, Brown SA, Burchett AW. Osteopathic Medical Education: Renaissance or Rhetoric? *JAOA* 2003; 103 (10): 489–490
26. Gevitz N. *Other healers: unorthodox medicine in America*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press 1988
27. Gevitz N. Parallel and distinctive: The philosophic pathway for reform in osteopathic medical education. *JAOA* 1994; 94 (4): 328–332
28. Licciardone JC. Osteopathic research: elephants, enigmas, and evidence. *Osteopathic Medicine and Primary Care* 2007; 1: 7
29. Ha L. Ignorance in high places. *JAOA* 2008; 108 (2): 84–85
30. Campbell GH. *The osteopathic identity*. Osteopathic Annals Insight Publ. Co., n.d.
31. Ching LMG, Burke WJ. Osteopathic Distinctiveness in Osteopathic Predoctoral Education and Its Effect on Osteopathic Graduate Medical Education. *JAOA* 2011; 111 (10): 581–584
32. Draper BB, Johnson JC, Fossum C, Chamberlain NR. Osteopathic Medical Students' Beliefs About Osteopathic Manipulative Treatment at 4 Colleges of Osteopathic Medicine. *JAOA* 2011; 111 (11): 615–630
33. Januchowski RP, Ables AZ, Page L. Do osteopathic medical students maintain their osteopathic identity in a dually accredited training hospital system? *Osteopathic Family Physician* 2012; 4 (4): 86–100
34. Cairney WJ, Dickerman JL, Brannan GD, Dogbey GY. Identification of distinctive characteristics, principles, and practices of the osteopathic physician in the current health care system. *Osteopathic Family Physician* 2012; 4 (4): 110–117
35. Shubbrook JH. Attaining distinctiveness as a profession. *Osteopathic Family Physician* 2012; 4: 1



36. Garriss CM. Are D.O.s real doctors? *Journal of MAG Georgia Osteopathic Medical Association* 1985; 74: 162–163
37. Hruby RJ. Osteopathic identity: finding the pony. *AAOJ* 1993; 3 (4): 9–13
38. American Academy of Osteopathy (AAO). The uniqueness of osteopathic medicine: Do we know what it is? *AAOJ* 1994; 4
39. Peppin JF. The Osteopathic Distinction: Fact or Fancy? *Journal of Medical Humanities* 1993; 14 (4): 203–222
40. Tieri JH. I hope that DOs find uniqueness within themselves. *JAOA* 1999; 99 (6): 290
41. Siehl D. Andrew Taylor Still Memorial Lecture: The osteopathic difference – Is it only manipulation? *JAOA* 2001; 101 (10): 630–634
42. Fossum C. An investigation of students attitudes on osteopathic philosophy and practice: a comparative study. Boxley, Maidstone, D.O.-Thesis, ESO 2002
43. Wagner C. Exploring European osteopathic identity: An analysis of the professional websites of European osteopathic organizations. Masterthesis an der Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2009 www.osteopathicresearch.org/index.php?option=com_jresearch&view=publication&task=show&id=14551&lang=en (24.09.2012)
44. van Dun PLS. Mijns inziens ... Professionele identiteit en kwaliteit voor de osteopathie. *De Osteopaat* 2008; 9 (2): 6–8
45. Tyreman SJ. Osteopathy: physiotherapist with time or the practitioner with healing hands? In: Vickers (ed.) *Examining Complementary Medicine*. Cheltenham: Thornes 1998, p. 124–137
46. Tyreman SJ. Valuing osteopathy: What are (our) professional values and how do we teach them? *IJOM* 2008; 11: 90–95
47. Bear HA. The organizational rejuvenation of osteopathy: A reflection of the decline of professional dominance in medicine. *Soc Sci Med* 1981; 15A: 701–711
48. Bear HA. The Divergent Evolution of Osteopathy in America and Britain. *Soc Sci Med* 1984; 19 (1): 717–725
49. Bear HA. The Drive for Professionalization in British Osteopathy. *Soc Sci Med* 1984; 19 (7): 717–725
50. Registre des Ostéopathes de France. Les chiffres de l'ostéopathie en juillet 2011: Ostéopathes exclusifs et personnes autorisées à user du titre. www.osteopathie.org/documents.php?url=presentation_demographie_juillet2011_142.pdf [27.09.2012]
51. van Dun PLS. De wereld is aan de osteopaten en Icarus was een osteopaat ... *About osteopathy* 2010; 5: 17–21
52. van Dun PLS. Hoeveel «body of evidence» zit er in een vleugje politieke wil? *About osteopathy* 2011; 3: 2–6
53. Grundy M, Vogel S. Attitudes towards prescribing rights: a qualitative focus group study with UK osteopaths. *IJOM* 2005; 8: 12–21
54. Vogel S, Herrick R. Service delivery characteristics of UK osteopaths – a cross sectional survey. 7th International Conference on Advances in Osteopathic Medicine (ICAOR), Lake Erie College of Osteopathic Medicine (LECOM), Brandenton, Florida (USA), 5.–7. September 2008
55. Krönke K. A questionnaire to evaluate the Professional Field of Osteopathy in Austria: Pilot study. Masterthesis, Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2006. www.osteopathicresearch.org/index.php?option=com_jresearch&view=publication&task=show&id=12656&lang=en [27.09.2012]
56. De Gendt T, Desomer A, Goossens M et al. Osteopathy and chiropractic: state of affairs in Belgium – Supplement: KCE reports 148S, Belgian Health Care Knowledge Centre 2010 http://osteopathie.sycro.com/sites/default/files/global/pages/Documenten/Publications/Official_documents/kce_148s_osteopathy_and_chiropractic_in_belgium.pdf [27.09.2012]
57. Carol Fawkes C, Leach J, Mathias S, Moore AP. The SDC Project: Standardised data collection within osteopathic practice in the UK: development and first use of a tool to profile osteopathic care in 2009. Clinical Research Centre for Health Professions, University of Brighton 2010. www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised_data_collection_finalreport_24062010.pdf [27.09.2012]
58. van Dun PLS. Beroepscompetentieprofiel Osteopathie. Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw) 2010
59. World Health Organisation (WHO) Benchmarks for Training in Osteopathy. http://osteopathie.sycro.com/sites/default/files/global/pages/Documenten/Politics/Profil/WHO_Bench._Osteo_eng.pdf [27.09.2012]
60. Schwerla BS. Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e.V. BAO, Wiesbaden, 2008
61. Haas NP, Hoppe J-D ; Scriba PC. Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren. *Deutsches Ärzteblatt* 2009 ; 106 (46): 2325–2334

62. Santi P. Faire le ménage dans les écoles d'ostéopathie. Le Monde, 05.06.2012
63. Wilensky HL. The Professionalization of Everyone? American Journal of Sociology 1964; LXX (2)
64. Pandeya NK. Colleges of osteopathic McMedicine? JAOA 2008; 108 (2): 89–90
65. Mychaskiw G. COM Accreditation: The Flexner Report Revisted. JAOA 2007; 107 (7): 246–248
66. Chauvin M, Gouyot M, Landurier G, Lemaire D. L'observatoire socio-economique de l'ostéopathie 2009 www.observatoire-osteopathie.org/wp-content/uploads/2011/11/Rapport-Oseostéo-2009.pdf [27.09.2012]
67. Regierungspräsidium Darmstadt. Verordnung einer Weiterbildungs- und Prüfungsordnung im Bereich der Osteopathie (WPO-Osteo) von 2008. www.rp-darmstadt.hessen.de/irj/RPDA_Internet?cid=522a9920bb5a8b9d71e2d39f76e4de75 [27.09.2012]
68. Riermeier R. Eine empirische Studie zum beruflichen Selbstverständnis von Osteopathinnen und deren Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie. Masterthesis, Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2011
69. Sommerfeld P. Palapation und das Dilemma der osteopathischen Hände. DO Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2009; 2: 32–34
70. van Dun PLS. In den beginne was er... (Editoriaal) About osteopathy 2008; 5: 4–5
71. van Dun PLS. Professionele identiteit en kwaliteit voor de osteopathie. De Osteopaat 2008; 9 (2): 6–8
72. Straub J. Personale und kollektive Identität-Zur Analyse eines theoretischen Begriffs. In: Assmann A, Frieze H (Hrsg.) Identitäten, Erinnerung, Geschichte, Identität 3, 2.Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1999
73. Assmann A, Frieze H. Identitäten. Erinnerung, Geschichte, Identität 3, 2.Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1999
74. Drexler K. De plaats van de osteopathie in het huidige gezondheidszorgbeleid: een belichting vanuit de fenomenologie. Thesis tot het behalen van de titel DO, College Sutherland, Brussel 2009
75. Tyreman SJ. Commentary on 'Is there a place for science in the definition of osteopathy'? IJOM 2008; 11: 102–105.



Nouveaux DO's - Nieuwe DO's



Nouveaux DO's - Nieuwe DO's

- Delaunoy Lucie, DO
- Jaumotte Sophie, DO

Membres effectifs - Effectieve leden

- Delaunoy Lucie, DO
- Jaumotte Sophie, DO

Proficiat! - Félicitations !