

Août | 2010

Profil de Compétences Professionnelles Ostéopathie

Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl

© **Groupement National Représentatif des Professionnels de l’Ostéopathie asbl (GNRPO asbl), Bruxelles, novembre 2009**

Tous droits réservés. Toute reproduction ou enregistrement sous forme d’un fichier automatisé ou publication sous quelque forme ou manière que ce soit (électronique, mécanique, copie(s), enregistrement(s) ou autre) ne peut se faire sans le consentement préalable du Groupement National Représentatif des Professionnels de l’Ostéopathie asbl.

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

GNRPO asbl
Boulevard des Invalides, 118
1160 Bruxelles
Tél. : 0032 56 423737
Site web : www.gnrpo.be

Comment se référer à ce document :

L’utilisation du masculin est choisie pour des fins de lisibilité ; il inclut le féminin et n’est pas discriminatoire.

van Dun P.L.S. (réd.) 2009, Profil de compétences professionnelles pour l’ostéopathe, Bruxelles : Groupement National Représentatif des Professionnels de l’Ostéopathie asbl (GNRPO asbl)

Table des matières

Préface	iii
1 Introduction	2
1.1 Motivation.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.2 La portée du PCP pour l'ostéopathie.....	3
1.3 Utilité du PCP ostéopathie.....	4
1.4 PCP ostéopathie et objectifs futurs.....	5
1.5 Contenu du PCP ostéopathie.....	5
2 Historique	6
2.1 Origine – Les Etats-Unis.....	6
2.2 L'Europe.....	7
2.3 La Belgique.....	7
3 Définition de l'ostéopathie	8
4 Concept et caractère identitaire de l'ostéopathie	9
5 La place de l'ostéopathie dans le système de santé belge	12
6 Comment se déroule une consultation ostéopathique ?	13
6.1 Anamnèse.....	13
6.2 Examen ostéopathique clinique.....	14
6.3 Un traitement ostéopathique.....	14
6.4 Révision permanente du diagnostic et du traitement.....	15
7 Indications et contre-indications dans la pratique ostéopathique	15
7.1 Moment d'un traitement ostéopathique approprié.....	15
7.2 Contre-indications.....	16
7.2.1 Techniques directes.....	16
7.2.2 Techniques indirectes.....	17
8 Compétences	18
9 Praticant débutant	32
9.1 Définition.....	32
9.2 Exigence pour un ostéopathe débutant.....	32
9.3 Compétences à acquérir.....	32
10 Développements futurs en ostéopathie	33
Littérature consultée	34
Remerciements	36
Annexe I	36
Annexe II	38
Annexe III	39
Annexe IV	41
Annexe V	42
Annexe VI	46
Annexe VII	51

Préface

En automne 2009, le Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl) a chargé la Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion asbl (CORPP asbl) d'écrire un profil de compétences professionnelles (PCP) pour l'ostéopathie en Belgique.

Le PCP Ostéopathie a été à plusieurs reprises soumis aux lecteurs désignés par le GNRPO asbl pour l'évaluer et obtenir un consensus sur le contenu.

En août 2010, le document a été cosigné par 4 des 5 unions professionnelles membres du GNRPO. Seul le ROB n'a pas signé le PCP dans sa forme actuelle.

Le contenu et la valeur de ce PCP seront régulièrement mis à l'épreuve. Dès lors, il sera sujet à adaptation tant par des négociations internes qu'externes. De nouvelles compréhensions et développements rendront également souhaitable une révision ultérieure du document.

Le GNRPO asbl est composé comme suit :

ABOK - BACO :

- Maurits Roothoof, DO
- Dirk Segers, DO

ROB :

- Philip Cheval, DO
- Jo Parmentier, DO

SBO - BVO :

- Christian Gérard, DO
- Eric Dobbelaere, DO

UVO :

- Alex Boon, DO
- Dirk Vanheester, DO

UBO - BUO :

- Jean Ruwet, DO
- Kristof Baeten, DO



1 Introduction

1.1 Motivation

L'ostéopathie est une forme de médecine occidentale pratiquée dans le monde entier. Rien qu'aux Etats-Unis, 56.754¹ ostéopathes sont actifs. L'ostéopathie est la profession qui se développe le plus au sein du système de santé des Etats-Unis. D'ici 2020, on estime que le nombre d'ostéopathes atteindra 100.000 professionnels. En Europe, le nombre d'ostéopathes exerçant est beaucoup plus difficile à estimer.

Le nombre de membres faisant partie des deux plus importantes fédérations européennes (European Federation of Osteopaths (EFO)² et European Register for Osteopathic Physicians(EROP)³) est estimé à environ 10.700 ostéopathes professionnels.

En Belgique, l'ostéopathie est une catégorie professionnelle relativement petite mais néanmoins d'une croissance rapide avec plus de 700 ostéopathes⁴ actifs. En Belgique, l'importance sociale de l'ostéopathie a augmenté constamment. Cette profession peut, dès lors, être considérée comme une réalité sociale.

Selon les données de l'enquête nationale de santé de 2008⁵, 12 % de la population belge consultait un thérapeute non conventionnel, dont 6,4 % en ostéopathie.

Les Mutualités Chrétiennes (MC) ont établi un aperçu des dépenses des remboursements en ostéopathie pour les années 2000 à 2005. Il en résulte que le nombre de membres faisant appel à l'ostéopathie s'accroît. Considérant le chiffre 100 pour l'année 2000, il est passé à 601 en 2005. Le chiffre 100 représente 3 % des membres des MC en 2000, il passe à 18 % des membres des MC en 2005. Pour l'année 2008, environ 1 200 000 consultations d'ostéopathie ont été pratiquées.

Une enquête de Test Achats⁶ en 2007 concernant les "thérapies alternatives", interrogeant des consommateurs belges, italiens, portugais et espagnols, démontre que près de 20 % des belges ont fait appel à ces thérapies. L'ostéopathie en représente 4,8 % et se trouve dès lors en deuxième position après l'homéopathie. Il est à remarquer qu'en ce qui concerne la satisfaction du consommateur, l'ostéopathie y trouve la plus grande satisfaction par rapport aux autres thérapies, y compris la médecine conventionnelle (médecins traitants et spécialistes) :

¹ **American Osteopathic Association AOA**, Osteopathic Medical Profession Report 2008, http://www.osteopathic.org/index.cfm?PageID=aoa_ompreport_us#50 [03.03.2009]

² <http://www.efo.eu/portal/>

³ <http://www.erop.org/>

⁴ Nous avons uniquement tenu compte des ostéopathes professionnels qui ont adhéré à une union professionnelle faisant partie du Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl). Il existe en Belgique également quelques ostéopathes qui ne sont pas membres d'une union professionnelle. Pour être complet, il faut savoir qu'il existe des membres de l'Union des kinésithérapeutes et ostéopathes diplômés (UKO) admettant un cumul de kinésithérapie et d'ostéopathie.

⁵ **Hesse E.** *Gezondheidsenquête, België, 2008*, Contacten met beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

⁶ **Delterne E., Sermeus G.** *Enquête: alternatieve geneeswijzen*, Test Gezondheid, nr. 81 oktober/november, 2007



- 88 % de satisfaction pour la possibilité d'exposer le motif de consultation au thérapeute.
- 87 % de satisfaction pour le temps consacré à la consultation d'ostéopathie.
- 87 % des patients sont satisfaits de l'information reçue sur les causes de leur affection.

Bien que les auteurs expriment une certaine réserve par rapport à l'efficacité réelle d'une thérapie, nous ne pouvons ignorer ces chiffres, l'ostéopathie affichant une satisfaction de 77 % pour les résultats d'un traitement.

Aussi bien pour les ostéopathes que pour les patients, la qualité des soins ostéopathiques est extrêmement importante. L'affiliation individuelle de l'ostéopathe auprès d'une union professionnelle agréée offre cette garantie.

Le Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl) est l'organisme fédérateur des unions professionnelles belges d'ostéopathes agréées par Arrêté Royal. Le GNRPO asbl regroupe ainsi tous les ostéopathes professionnels qui s'engagent à respecter les critères établis par ces unions professionnelles.

Le GNRPO asbl exerce un rôle de coordination au sein de la profession. Il oeuvre auprès des autorités pour la réglementation définitive de l'exercice de l'ostéopathie en Belgique en tant que profession à part entière à haut niveau de responsabilité et à compétence spécifique. L'objectif est d'encadrer explicitement l'ostéopathie et de situer cette thérapie dans le monde de la médecine. Il garantit l'union de la profession dans le cadre de la défense des intérêts socioprofessionnels communs des ostéopathes effectifs.

Le GNRPO asbl et tous ses membres sont affiliés auprès de la European Federation of Osteopaths (EFO), le Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE)⁷ et la World Osteopathic Health Organisation (WOHO)⁸.

La mission du GNRPO asbl quant à la rédaction de ce profil de compétences professionnelles en ostéopathie doit être placée dans le contexte du souci de qualité des soins ostéopathiques et la volonté de professionnaliser l'ostéopathie.

1.2 La portée du PCP pour l'ostéopathie

Ce PCP décrit l'exercice de la profession de l'ostéopathe membre d'une union professionnelle affiliée auprès du GNRPO asbl. Il est dès lors adapté à la situation belge.

Dans la pratique, il semble que l'ostéopathe s'intéresse volontiers à des groupes-cibles spécifiques (p.e. enfants, sportifs de haut niveau ...) ou à des techniques ostéopathiques spécifiques. Il acquiert cette maîtrise spécifique grâce à la formation continue et à l'expérience professionnelle acquise au court du temps. Cette démarche ne fait pas partie de ce PCP. La description de l'exercice professionnel décrite dans le PCP correspond à une formation de base d'un ostéopathe et décrit donc les exigences minimales auxquelles il faut répondre pour pouvoir exercer la profession d'ostéopathe.

⁷ <http://www.forewards.eu/>

⁸ <http://www.woho.org/>



1.3 Utilité du PCP ostéopathie

Le PCP ostéopathie livre sa contribution à la promotion de la professionnalisation du métier. Il contribue à accroître la reconnaissance de l'ostéopathie, à augmenter sa compréhension, à garantir ses aspects qualitatifs, à la contrôler afin de renforcer l'identité de l'ostéopathe.

Plus spécifiquement le PCP peut être utilisé de la manière suivante :

En Belgique, l'exercice de l'ostéopathie n'a pas encore été réglementé. La loi Colla du 29.04.1999⁹ concernant les médecines non conventionnelles, dont l'ostéopathie fait partie, est restée lettre morte. Cela signifie que la profession d'ostéopathe ainsi que l'ostéopathe professionnel ne bénéficie d'aucune protection légale ni d'aucune reconnaissance.

Cette reconnaissance se faisant attendre, cela n'a pas empêché les unions professionnelles, membres du GNRPO asbl de travailler à l'autorégularisation afin de répondre à toutes les conditions d'une profession médicale. Le profil de compétences professionnelles ne joue certainement pas un rôle secondaire dans ce processus.

Cette ambition de professionnalisation s'est traduite par la création d'une formation universitaire en ostéopathie à 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^{10,11}. Ce MC est réservé aux titulaires d'un diplôme de Sciences de la Motricité (ScM) avec orientation ostéopathie (cette orientation débute déjà dans la première année de ScM). Après trois années de bachelier et deux années de master ScM, orientation ostéopathie, une sixième année MC ostéopathie est requise. Le programme d'études est assuré et enseigné par des professeurs en médecine et en sciences de la motricité. La pratique en ostéopathie est enseignée par des ostéopathes DO.

Un PCP peut représenter une valeur ajoutée dans les négociations en vue d'introduire une formation en ostéopathie à l'université en Flandre. Actuellement, il existe en Flandre un enseignement privé, l'International Academy of Osteopathy (IAO) qui délivre un Bsc et un Msc reconnu à l'étranger et un autre collège privé, le Flanders International College of Osteopathy (FICO) qui a récemment engagé une procédure de reconnaissance au Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO).

Un PCP est d'ailleurs fondamental pour la formulation des termes finaux d'une formation et peut être à la base d'un profil de formation.

En Belgique, plusieurs unions professionnelles sont, par commodité, regroupées dans la médecine manuelle. En dehors de l'ostéopathie, il s'agit entre autres de la médecine manuelle stricto sensu, la thérapie manuelle, la chiropractie et la kinésithérapie.

L'ostéopathie est parfois confondue avec l'une de ces thérapies manipulative. Il y a nécessité de distinguer clairement l'ostéopathie des autres catégories professionnelles.

Le PCP peut ici contribuer à plus de clarté.

Le profil professionnel constitue en outre un document de base pour la rédaction d'autres documents, directives et protocoles sur l'exercice de la profession d'ostéopathe. Il s'agit là du code de déontologie, des exigences pour l'infrastructure d'un cabinet, du protocole de visite et

⁹ Publié au Moniteur Belge du 24.06.1999

¹⁰ Rapport à L'Académie Royale de Médecine de Belgique - Commission d'avis - (15/11/2004). Membres de la Commission : Professeurs J. Boniver, R. De Marneffe, J. Melin, M. Rooze, J.L. Vanherweghem, A. Vincent en <http://homepages.ulb.ac.be/~pklein/osteoulb.html>

¹¹ <http://www.ulb.ac.be/catalogue/isepk/MOTR1-O.html>



recoupement inter collégial, du droit disciplinaire, du règlement des plaintes et des litiges, de normes pour le dossier d'un patient et des directives pour la formation continue des ostéopathes.

Enfin, le PCP peut servir d'informations pour les personnes s'intéressant à la profession. Il a un caractère informatif pour les futurs praticiens, pour les praticiens d'un métier similaire ainsi que pour les patients. Le PCP peut également jouer un rôle dans l'harmonisation internationale de l'exercice de la profession d'ostéopathe.

1.4 PCP ostéopathie et objectifs futurs

Ce profil reflète l'image de l'exercice de la profession d'un ostéopathe en 2010.

Il a largement été discuté par le groupe professionnel à travers le GNRPO asbl et ses membres ont finalement marqué leur accord à la description ci-dessous.

Au vu d'une société à forte évolution et de la vitesse avec laquelle de nouvelles évolutions se présentent dans cette catégorie professionnelle, force est de constater néanmoins que ce profil n'est qu'instantané. Sur base de nouvelles visions et de changements dans l'exercice de la profession, il faudra dès lors mettre ce profil continuellement à l'épreuve pour ce qui est de sa validité et de sa valeur pratique. Il va de soi que le GNRPO asbl en sa qualité d'organisation fédératrice des unions professionnelles d'ostéopathie reconnues en Belgique en endosse la responsabilité.

Malgré le fait que le PCP a été préparé en étroite collaboration avec les représentants de l'ULB, il était à la base un exercice de description de la profession d'ostéopathe en Belgique par le groupement professionnel.

Il reste au groupement professionnel la tâche de discuter avec les enseignements académiques d'ostéopathie de l'enseignement minimum qu'un ostéopathe doit suivre pour avoir un diplôme reconnu.

Les critères de formation requis, considérés comme éléments de base fondamentaux d'un programme d'enseignement ciblé et traduisant les compétences d'un ostéopathe, jouent ici un rôle très important.

Pour le futur, nous pouvons promouvoir les buts suivants quant à l'élaboration de ce profil et ses objectifs finaux :

- Adapter les critères de formation au profil de compétence;
- Compléter les lacunes des critères de qualification ;
- Actualiser les critères de qualification;
- Actualiser le profil de compétence.

Le BCP est aussi en accord avec le document européen « Scope of Osteopathic Practice in Europe », qui sous les auspices de la FEO et du FORE est presque simultanément réalisé avec un représentant du GNRPO asbl.

1.5 Contenu du PCP ostéopathie

Le PCP est construit comme suit : après l'introduction sur le pourquoi et le comment de ce PCP, le chapitre 2 parle de l'essence de la profession. La situation historique (chapitre 2) est décrite pour comprendre les concepts et les caractéristiques identitaires de l'ostéopathie (chapitre 4). Le chapitre 5 montre la place de l'ostéopathie dans les soins de santé belges. Le chapitre 6 décrit dans les grandes lignes une consultation ostéopathique pour ensuite dans le chapitre 7 aborder les



indications et contre-indications de la pratique de l'ostéopathie. Les compétences qui sont indispensables pour un ostéopathe dans ses différentes fonctions (rôles) sont traitées dans le chapitre 8. Pour décrire ces compétences, indicateurs, connaissances, attitudes et aptitudes, on a opté principalement pour le modèle de CanMEDS. Le chapitre 9 tente de définir ce qu'est un ostéopathe débutant et nous informe sur les exigences auxquelles il devra répondre ainsi que sur ses compétences. Finalement, le chapitre 10 fera l'ébauche des développements futurs que l'on pourrait retrouver au sein de la profession. Le PCP se termine avec la liste de la littérature consultée ayant directement trait à l'élaboration de ce PCP et par quelques annexes à titre d'informations et éclaircissements.

2 Historique

2.1 Origine – Les Etats-Unis

A.T. Still (°1828 Virginia, †1917 Kirksville) est le fondateur de la médecine ostéopathique. Suivant l'exemple de son père, il devient médecin et pratique la médecine allopathique pendant les vingt premières années. Il est Unioniste et participe à la Guerre de Sécession (1861-1864) en tant que chirurgien sur les champs de bataille. Il est par son éducation fortement influencé par le courant de pensée religieux méthodiste et par les écrits de son fondateur John Wesley (1703-1791). Ce dernier pensait au 18^e siècle qu'il fallait revenir à une médecine pour tous et en particulier pour les plus démunis. Il prône la modération en matière alimentaire et s'oppose à l'usage de toute forme de drogue. Il préconise en outre l'observation des animaux et des peuplades les plus primitives pour s'inspirer de leurs méthodes de soin. Pour lui l'homme est parfait à l'image de Dieu. Par conséquent il ne sert à rien de se substituer aux organes défaillants, il faut simplement trouver dans la nature ce qui peut stimuler la perfection momentanément corrompue. Still dont le père est également « *circuit rider* »¹² va suivre les préceptes de Wesley. La perte de plusieurs de ses enfants lors d'une épidémie de méningite cérébro-spinale, achève de convaincre Still de la nécessité de réformer la médecine. Il ne faut pas perdre de vue que la médecine pratiquée à cette époque dans le Middle West américain, est totalement empirique. Still n'a pas la moindre idée des réformes qui s'initient en Europe sous la conduite notamment de Claude Bernard. Il ignore encore plus une publication qui va engendrer une vraie révolution culturelle en médecine : « La critique de la raison pure » d'Emmanuel Kant. Celui-ci signe en effet la fin de toute métaphysique comme source de la connaissance. La médecine que connaît Still repose sur l'usage totalement irraisonné de saignées, lavements, et usage de sels de mercure ou de whisky (médecine héroïque). Suivant les préceptes de son maître à penser, il observe la nature, dissèque des cadavres d'indiens shawnees ainsi que les animaux produits de sa chasse. Il étudie également la médecine shawnees dont un certain nombre de manipulations articulaires. Sa doctrine médicale sera un mélange de métaphysique et de spéculations mécanicistes tirées de l'observation. Pour lui toutes les maladies sont liées à une entrave à la bonne circulation sanguine. Contractures musculaires et déplacements d'articulations sont responsables de la mauvaise circulation des semences de vie. Still confirme ses théories par ses résultats cliniques et non par une expérimentation rigoureuse. Rejeté par ses pairs, il crée le premier collègue d'ostéopathie à Kirksville in 1892 ("American School of Osteopathy").

Bien que l'état du Kansas lui permette de délivrer le diplôme de Medical Doctor (MD), il insiste pour que le titre de Diplomate in Osteopathy (DO) soit utilisé. Ce titre sera remplacé plus tard par Doctor of Osteopathic Medicine (DO).

¹² Prédicateur méthodiste



Les progrès de la médecine vont rapidement engendrer la contestation au sein de sa propre équipe enseignante. Ils sont de plus en plus nombreux à vouloir enrichir leurs pratique et enseignement, avec des cours de chimie, de physiologie et de *Materia Medica*.

De nombreux enseignements plus ou moins sérieux vont se créer partout aux Etats-Unis. Aujourd'hui après de nombreuses péripéties, les collèges d'ostéopathie délivrent le même enseignement que les écoles de médecine.

Jusqu'à présent, 23 COM (College of Osteopathic Medicine) ont formé environ 57.000 DO. Ils font intégralement partie de la médecine de première ligne et ont la possibilité de se spécialiser dans différentes disciplines de la médecine.

Il est regrettable que l'aspect manuel ait été fortement réduit alors que ces dernières années, un retour vers le concept original rallie de plus en plus de partisans.

2.2 L'Europe

En Europe et dans le reste du monde, l'ostéopathie a évolué d'une manière totalement différente. John Martin Littlejohn (1865-1947) est celui qui a importé l'ostéopathie en Europe. Il étudie d'abord le droit, la philologie orientale, la théologie, mais aussi l'anatomie et la physiologie à l'Université de Glasgow. En mauvaise santé, il émigre en Amérique en 1892 où il rencontre AT Still pour se faire soigner. Il est impressionné par son rapide rétablissement. Still lui offre une place en tant que chargé de cours en médecine générale et Littlejohn suit auprès de lui une formation d'ostéopathe. Il devient rapidement doyen dans la « American School of Osteopathy » de Still.

Rapidement, il rentre en conflit avec Still au sujet de la base théorique de l'ostéopathie (anatomie ou physiologie). Une deuxième différence entre les deux hommes est que Littlejohn accentue davantage la base théorique, tandis que Still se réfère principalement à son expérience pratique. En 1910, Littlejohn crée le *College of Osteopathy* à Chicago.

En 1913, Littlejohn retourne avec ses frères en Angleterre pour y créer en 1917 le *British School for Osteopathy*.

Lors de la signature de "l'Osteopaths Act" en 1993, l'ostéopathie a finalement été régularisée en tant que profession à part entière. Le General Osteopathic Council (GOsC) a été élu pour régulariser légalement l'ostéopathie au Royaume-Uni, pour enregistrer les praticiens, pour protéger les patients et pour répandre la profession. Aujourd'hui, les collèges anglais d'ostéopathie ont rejoint les structures officielles de l'enseignement supérieur.

2.3 La Belgique

Les premiers ostéopathes belges ont ouvert leurs cabinets dans les années 70, ils ont étudié 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 deviendra plus tard le « Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM) avec une branche néerlandophone en 1985.¹³

En 1986, la première association professionnelle, la Société Belge d'Ostéopathie (SBO) a été créée,

¹³ Venant du Royaume-Uni, l'ostéopathie arrive en Europe au milieu des années 50. C'est à ce moment que le "schisme" survient : en Europe, l'enseignement de l'ostéopathie, majoritairement de formation à temps plein, est remplacée par une préformation (para)médicale suivie d'une formation à temps partiel en ostéopathie.



résultat de la fusion de deux associations existantes : la Société Belge d'Ostéopathie et de Recherche en Thérapie Manuelle (SBO-RTM)¹⁴ et l'Association Belge d'Ostéopathie (ABO)¹⁵. La même année, naît l'Académie Belge d'Ostéopathie.¹⁶

La SBO., déjà désireuse d'organiser un enseignement de niveau universitaire, suite aux attendus du procès d'un confrère ostéopathe, crée un enseignement sur le campus de la Vrije Universiteit van Brussel (VUB) en octobre 1986. Cette tentative n'a pas abouti et le cours n'a jamais conduit à un diplôme universitaire, mais il est devenu le Cours Ostéopathie Cursus (COC), un enseignement privé qui est actuellement connu sous le nom de Collège Belge d'Ostéopathie (CBO). D'autres enseignements privés voient aussi le jour : l'International Academy of Osteopathy (IAO) en 1989 et le FICO en 1993¹⁷. Leurs diplômés créent à leur tour de nouvelles unions professionnelles, ce qui divise la profession (Unie Van Osteopaten (UVO) In 1996, l'Union Belge des Ostéopathes (UBO) en 1996, le Registre des Ostéopathes de Belgique (ROB) en 1997 et la Association Belge des Ostéopathes Classiques (ABOC) en 1999). Cinq de ces unions, reconnues par le conseil d'Etat, se regroupent en 2000 pour former l'organisme fédérateur, le GNRPO asbl, dont la devise est « l'union fait la force ». En vue de la professionnalisation, l'organisme veut fournir un fondement solide et vaste¹⁸.

Les unions professionnelles reconnues par le Conseil d'Etat, membres du GNRPO, ont dressé une liste des diplômes qui sont à prendre en considération dans l'éventualité de mesures de transitions, si on arrivait à une reconnaissance de la profession d'ostéopathe. Les unions professionnelles s'affirment le garant du curriculum des formations concernées. Les porteurs de ces diplômes ont bénéficié d'une formation qui justifie une fonction de première ligne et qui ainsi garantit la sécurité du patient.

La diversité des diplômes s'explique du fait que la période de remise des diplômes s'étale sur plus de trois décennies et que les formations ont parfois changé de nom et de lieu¹⁹.

3 Définition de l'ostéopathie

"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".

Académie d'Ostéopathie de Belgique asbl

¹⁴ Association créée par les ostéopathes ayant suivi leur enseignement à l'Ecole Européenne d'Ostéopathie (EEO) à Maidstone (Royaume-uni).

¹⁵ Association créée par les ostéopathes ayant suivi leur enseignement à l'Institut William Gardner Sutherland (IWGS) de Paris (France).

¹⁶ Les critères de l'enseignement ostéopathique tels qu'ils sont, entre autres, énoncés par l'Académie Belge d'Ostéopathie figurent à l'annexe I.

¹⁷ Pour un aperçu de la formation actuelle en ostéopathie, en Belgique, se référer à l'annexe II.

¹⁸ Pour une chronologie de l'évolution juridique et politique de l'ostéopathie pour la dernière décennie en ce qui concerne la Belgique, l'Europe et au niveau mondial, nous vous référons à l'annexe III.

¹⁹ Voir liste des diplômes en annexe IV.



“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)

“Osteopathy is an established recognized system of healthcare which relies on manual contact for diagnosis and treatment. It respects the relationship of body, mind and spirit in health and disease; it lays emphasis on the structural and functional integrity of the body and the body's intrinsic tendency for self-healing. Osteopathic treatment is viewed as a facilitative influence to encourage this self regulatory process. Pain and disability experienced by patients are viewed as resulting from a reciprocal relationship between the musculoskeletal and visceral components of a disease or strain.”

World Osteopathic Health Organization (WOHO)

4 Concept et caractère identitaire de l'ostéopathie

L'approche ostéopathique est basée sur la prise de conscience de l'unité du corps et de l'esprit, de l'autorégulation du corps humain et des liens réciproques entre la structure et la fonction.

Bien que ces principes ne peuvent être à ce jour réservés exclusivement à l'ostéopathie, ils appartiennent néanmoins à ce cadre conceptuel et la différence se situe, peut-être bien, dans la manière dont ils s'imbriquent et avec quel « savoir faire » ils sont appliqués dans la pratique quotidienne.

En ce qui concerne l'interrelation entre la structure et la fonction, nous précisons que l'approche ostéopathique est basée sur cinq modèles de relations « structures/fonctions ». Elle n'est donc pas uniquement limitée aux problèmes musculo-squelettiques ou d'alignement des structures osseuses. Il s'agit davantage de la manière dont la biomécanique du système musculo-squelettique est intégrée et soutenue dans et par la physiologie du corps. L'ostéopathie reconnaît que chaque corps humain est construit avec les mêmes composants et fonctions y afférentes. Elle est consciente que chaque individu développe ses propres adaptations biomécaniques en réponse aux événements physiques, chimiques, émotionnels et psychologiques qui l'influencent.

Ces cinq modèles de relations structures/fonctions guident l'ostéopathe lors du traitement du patient. Il va de soi qu'il est important qu'une connaissance approfondie des mécanismes physiologiques de ces modèles doit être scrupuleusement observée dans le curriculum ostéopathique.

Ces modèles sont²⁰ :

- **Le modèle biomécanique** : Dans ce modèle, le corps est considéré comme un ensemble de composants somatiques, qui garantit le mécanisme de posture et d'équilibre. Des tensions ou un déséquilibre dans ce système influenceront le fonctionnement dynamique, et conduiront vers : une augmentation de la consommation d'énergie, une modification de la proprioception, des modifications de la structure articulaire, des troubles du fonctionnement neuro-vasculaire voire un changement du métabolisme. Le traitement ostéopathique dans ce

²⁰ Une liste limitée des références sur les fondements scientifiques se trouve en annexe V.



modèle, fait usage de techniques manuelles qui conduisent vers le rétablissement de la posture et de l'équilibre ainsi que l'usage optimal du système musculo-squelettique.

- **Le modèle neurologique** : Le modèle neurologique envisage les effets de facilitation spinale, le fonctionnement proprioceptif, l'équilibre entre les composants du système nerveux autonome et de l'activité sensorielle nociceptive (fibre de douleur) sur le fonctionnement du système immunitaire neuro-endocrinien. La connexion entre le système musculo-squelettique et viscéral par le biais du système nerveux végétatif est fondamentale. Un traitement ostéopathique dans ce modèle vise à diminuer le stress mécanique, équilibrer l'input (entrée) neural et éliminer les influx nerveux nociceptifs.
- **Le modèle respiratoire/circulatoire** : Ce modèle vise à entretenir un environnement extra- et intracellulaire par la libre circulation de l'oxygène et d'autres éléments et l'évacuation de déchets cellulaires. Toute perturbation empêchant l'apport ou la libre circulation des fluides corporels peut influencer l'état sanitaire du tissu. Un traitement ostéopathique dans ce modèle vise les dysfonctionnements dans la mécanique respiratoire, la circulation et l'apport de fluides corporels.
- **Le modèle bio-psychosocial** : Ce modèle examine les différentes réactions et le stress psychologique auxquels le patient doit faire face. La santé peut être influencée par des facteurs environnementaux, socio-économiques, culturels, physiologiques et psychologiques. Un dysfonctionnement somatique²¹ dans le système musculo-squelettique peut être dû aux circonstances environnementales, socioéconomiques, culturelles, physiologiques et psychologiques mais peut à son tour intensifier le stress physiologique.
- **Le modèle bio-énergétique** : Le corps aspire à conserver l'équilibre entre la production, la distribution et la consommation d'énergie. Dès lors, l'organisme dispose de la capacité de s'adapter aux différents éléments de stress : immunitaire, alimentaire, psychologique, etc. Un traitement ostéopathique dans ce modèle vise à traiter les dysfonctionnements somatiques qui ont la capacité de dérégler la production, la distribution et la consommation d'énergie.

D'autres caractéristiques comme le caractère holistique²² de l'ostéopathie et l'adhésion au modèle salutogénétique²³ et/ou hygiogénétique²⁴ ne sont pas exclusifs à cette profession et peuvent être

²¹ Un dysfonctionnement somatique est une fonction diminuée ou modifiée d'éléments composants du système somatique (relatif à la structure corporelle) : squelette, articulations, structures myofaciales et ses éléments vasculaires, lymphatiques et neuraux liés.

²² Par Holisme nous entendons : l'idée au début du siècle passé lancée par le milieu de la biologie comme alternative, que d'une part la vie est expliquée par des principes purement mécanistes et d'autre part, que pour expliquer l'existence de la vie nous devons accepter l'existence d'une force de vie. A partir de la vision holistique, nous devons comprendre toute chose en terme d'entité organique et non en terme d'éléments physico-chimiques, comme le préconise le Mécanisme. Le postulat parlant des forces de vie caractérisant la vie, comme postulé dans le vitalisme est ici superflu et est à considérer comme non scientifique. L'idée centrale de l'Holisme considère l'organisme comme une véritable entité. Ce qui veut dire que l'organisme est, non seulement un agrégat mécanique mais aussi une entité organisée hiérarchiquement avec différents niveaux de complexité où à chaque niveau l'ensemble est plus grand que la somme de ses parties.

²³ Salutogénèse, telle que formulée par le sociologue israélien Aaron Antonovsky, peut être considéré comme le pendant de "pathogénèse", paradigme depuis trois cents ans dans la médecine allopathique. Lors de ses recherches, Antonovsky a introduit ce nouveau concept comme l'apparition/l'origine de la santé. Il conclut qu'il existe une forte liaison entre le corps et l'esprit : la personne ressent une cohésion (Sense Of Coherence) à l'intérieur de lui et dans la vie.

²⁴ Hartmut Heine pose que le concept hygiogénèse est également le pendant de pathogénèse et définit le concept comme activation des forces auto guérissant.



groupés respectivement sous le principe d'unité et de la capacité d'auto régulation.

L'ostéopathie est un système complet de soins de santé qui est principalement exécuté manuellement, tant au niveau diagnostique que thérapeutique. L'usage spécifique de techniques ostéopathiques dans le cadre du traitement de patients, tout comme le choix et la fréquence de l'usage, sont considérés comme des aspects caractéristiques de l'ostéopathie.

Dans les différentes médecines manuelles, il y a bien sûr des nuances dans l'arsenal technique et dans l'exercice de celles-ci. Néanmoins, on peut prôner, que par l'échange interprofessionnel continu, il est logique que dans la recherche d'une approche thérapeutique manuelle efficace, les techniques qui dans la clinique paraissent les plus appropriées seront retenues. Ce « Darwinisme » technique a eu pour conséquence, au cours du temps, un transfert d'un grand nombre de techniques entre les différentes médecines manuelles.

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, plutôt que par ses techniques et son application.

Malgré le caractère peu spécifique de l'arsenal technique de l'ostéopathie susmentionné par rapport à celui d'autres médecines manuelles, il est question dans cette catégorie professionnelle du "sens du toucher ostéopathique"²⁵, qui, indépendamment des techniques manuelles, est considéré comme relativement spécifique pour cette catégorie professionnelle.

Un autre concept important de l'ostéopathie est le concept de "fonction". Les fonctions sont à tous les niveaux (de la fonction locale d'une partie corporelle à la fonction d'une personne dans son environnement physique et social) contextuelles et relationnelles. Le processus décisionnel clinique dépend de la structuration et de la compréhension de ce contexte.

En ce qui concerne ce caractère contextuel et relationnel de la fonction, l'ostéopathie choisit une approche très spécifique, d'une part parce que l'évaluation et le diagnostic ostéopathique soulignent l'importance de l'ensemble pour comprendre la signification d'une partie et d'autre part parce que les systèmes dysfonctionnels locaux sont identifiés d'une manière spécifique.

La recherche bibliographique nous montre que toutes les caractéristiques susmentionnées ne sont plus exclusives à l'ostéopathie. Par contre, la combinaison et surtout la mise en oeuvre pratique déterminent son identité.

En résumé : La pratique actuelle de l'ostéopathie a abandonné les doctrines métaphysiques de son concepteur. Il reste une pratique clinique spécifique qui se limite essentiellement à l'usage des mains dans un but diagnostique et thérapeutique. De nombreuses indications se limitent au domaine des douleurs fonctionnelles de l'appareil locomoteur. Le but du traitement ostéopathique, et c'est peut-être ce qui reste de l'héritage de Still, est de retrouver la fonction normale permettant ainsi de limiter l'usage des médicaments et de la chirurgie. Il est possible que d'autres motifs de consultation en relation avec d'autres fonctions telles que le système digestif ou circulatoire pourront être plus clairement reconnues dans le futur comme indications ostéopathiques. Cela doit encore faire l'objet de recherches fondamentales et cliniques, accessibles dès maintenant à l'université. La collaboration avec d'autres spécialisations médicales est dès lors indispensable.

²⁵ Le "osteopathic touch", cité fréquemment dans la littérature ostéopathique, est selon nous le potentiel haptique hautement développé lié à une intervention technique habile.



5 La place de l'ostéopathie dans le système de santé belge

Nonobstant une certaine reconnaissance de la profession par le biais de la loi-cadre Colla concernant les médecines non conventionnelles, le titre d'ostéopathe n'est toujours pas protégé et l'ostéopathie n'a toujours pas de statut légal en Belgique.

Considérant la situation actuelle, le champ de travail de l'ostéopathe professionnel se situe dans le cadre de la santé publique de première ligne. La profession elle-même revendique également cette place.²⁶

La visite chez un ostéopathe ne nécessite pas d'ordonnance du médecin traitant ou d'un spécialiste. A condition que le patient l'autorise, l'ostéopathe peut bien sûr collaborer avec les médecins, les spécialistes et/ou autre disciplines du secteur des soins de santé.

L'indépendance de la profession d'ostéopathe s'applique à l'intervention (compétence, diagnostic, sécurité, exactitude), l'attitude (respect, transfert d'information, relation de confiance et conscience de responsabilité) et l'organisation (efficacité, protection, droit de réclamation) de l'ostéopathe.

Quel domaine couvre l'ostéopathie au sein de la santé publique de première ligne ?

L'ostéopathie peut être considérée comme complémentaire ou alternative²⁷ au traitement médical standard.

Le rôle de l'ostéopathie dans la médecine curative est de traiter des troubles musculo-squelettiques, des troubles non-musculo-squelettiques et des dysfonctions en générale dans le cadre de l'apparition des maladies. L'ostéopathie attache moins d'importance à la pathologie ou à la maladie qu'à ce qui a compromis la santé du patient, il est dès lors impossible d'établir une liste des maladies pour lesquelles l'ostéopathie pourrait être recommandée. Ci-dessous, quelques exemples de plaintes pour lesquelles un patient consulte un ostéopathe (cette liste est donnée à titre informatif et ne se prétend pas du tout exhaustive) :

- Plaintes en rapport avec le système locomoteur et neurologique comme : la douleur, l'inconfort et la diminution des fonctions : musculaire, articulaire et les structures associées.
- Chutes, entorses, blessures, effets d'un comportement inadapté provoquant tension, stress émotionnel, céphalée.
- Perturbation de la fonction des différents systèmes du corps se manifestant sous la forme de problèmes digestifs, circulatoires, respiratoires, nez-gorge-oreilles (surtout chez les enfants), urologiques, de stress et de maladies infectieuses. L'efficacité de l'ostéopathie est également reconnue comme complémentaire en cas d'hospitalisation et dans la récupération post-opératoire.
- Plaintes chez les sportifs, y compris sportifs de haut niveau.
- Plaintes en relation avec la grossesse, la naissance et l'enfance.
- Plaintes d'inconfort, d'être « mal dans sa peau ».

²⁶ Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie GNRPO, Etats-Généraux de l'Ostéopathie, Bruxelles, octobre, 2007

²⁷ 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



De récentes études montrent l'effet de l'ostéopathie dans le traitement de plusieurs plaintes et maladies.

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 de tests diagnostiques et une diminution de risques de complications.²⁸

En plus de la fonction curative, l'ostéopathie revendique également, par ses concepts de base, une place dans la médecine préventive. La médecine préventive vise à promouvoir et préserver la santé, prévenir l'apparition de la maladie, empêcher sa progression et aider à la prévention dans l'apparition des maladies chroniques.

Quand un dysfonctionnement chez un patient peut-être considéré comme signe avant-coureur d'une pathologie, l'ostéopathie joue un rôle important dans la médecine préventive. La fonction de prévention de l'ostéopathie est déterminée par son approche de la santé et de la maladie comme un phénomène progressif. Cette vision conduit à une forme de prévention qui diffère de ce qu'on entend généralement dans la société.

En général, l'ostéopathe a le statut d'indépendant et dispose de son propre cabinet avec ou sans association d'autres praticiens. Parfois il est également actif dans un hôpital ou quelconque établissement sanitaire.

L'ostéopathe ne revendique pas une compétence complète sur tous les terrains de la santé et de la maladie. Il est par contre bel et bien actif sur presque tous les terrains de la santé et de la maladie. Il ne se limite dès lors pas à une partie de la santé publique.

L'ostéopathe exerce sa profession d'une façon entièrement indépendante. Il travaille tant d'un point de vue diagnostique que thérapeutique. L'ostéopathe est un praticien de la santé à haut degré de responsabilité et de premier rang dans les soins de santé. Sa formation en neurologie, en pathologie locomotrice et en sémiologie lui permet de pouvoir exclure une pathologie qui n'est pas de son ressort. Il connaît les possibilités et les limites de sa profession et en associe les conséquences qui en découlent.

6 Comment se déroule une consultation ostéopathique ?

Les ostéopathes exercent une profession manuelle d'une habileté spécifique et poussée. Le traitement est basé sur un diagnostic formé par une anamnèse approfondie, un examen clinique classique complété d'un examen palpatoire spécifique de l'individu, où l'ostéopathe fait attention aux restrictions de mouvement à tous les niveaux possibles. Le cas échéant, complété par des examens cliniques ou para cliniques.

6.1 Anamnèse

En questionnant le patient, l'ostéopathe se fait une idée des plaintes. Il insiste sur les antécédents médicaux du patient afin de dresser un bilan de la santé générale du patient.

²⁸ Une liste limitée de références de ces recherches en annexe V.



L'étendue des questions de l'ostéopathe est vaste : il s'intéresse aux troubles actuels et d'autres problèmes de santé. Il fait attention aux possibilités d'influences physiques et mécaniques au fonctionnement du patient (p.ex. trauma, grossesse et accouchement, genre de travail, sport, etc.).

Grâce aux questions ciblées, l'ostéopathe peut exclure des pathologies potentiellement graves et approfondir la recherche de diagnostics possibles. (red and yellow flags)²⁹

Une bonne anamnèse est importante pour établir un examen clinique ciblé et informe l'ostéopathe du ressenti de la plainte du patient.

L'ostéopathe tient un rapport détaillé de la consultation et du suivi du traitement du patient. Cette information est traitée de façon strictement personnelle.

6.2 Examen ostéopathique clinique

L'examen ostéopathique clinique est généralement composé d'une combinaison de techniques d'examen spécifiques et de techniques d'examen cliniques qui sont également utilisées par d'autres professions dans le secteur de la santé (cf. annexe VII pour une liste restreinte des techniques d'examen possibles).

A l'aide des données de l'anamnèse et après l'examen clinique, l'ostéopathe décidera si un examen complémentaire est nécessaire. Ensuite, cet ensemble mène à un diagnostic³⁰ et un plan de traitement en concertation avec le patient. Il envoie éventuellement un rapport au médecin traitant qui centralise le dossier du patient.

6.3 Un traitement ostéopathique

Un traitement ostéopathique vise à réparer la fonction. L'ostéopathe dispose d'une gamme de techniques manuelles qui peuvent être décrites en techniques directes, indirectes et combinées :

- Les techniques directes peuvent être utilisées pour des articulations spécifiques ou plus globalement pour une partie du corps. Lors de l'utilisation des techniques directes, nous allons jusqu'à la barrière motrice d'une articulation et nous utilisons une impulsion de force pour corriger la dysfonction somatique. Comme techniques directes, sont utilisées : manipulations (HVLA)³¹, impulsions, contractions musculaires (MET)³², mobilisations fasciales, mobilisations passives, etc....pour arriver à des adaptations tissulaires.
- Les techniques indirectes, fluidiques, « balancing » ou réflexes, peuvent être utilisées sur une articulation spécifique ou plus globalement sur une partie du corps. Ces techniques n'utilisent pas la barrière motrice de l'articulation. Ces techniques utilisent notamment des massages fasciaux, des mises en tension-relâchement de fasciae et de tissus mous, pressions, phases de la respiration, correction posturale, etc. ...

²⁹ Chris J Main C.J., William A.C., ABC of psychological medicine Musculoskeletal pain, BMJ, 2002; 7,325 (7363): 534-537

³⁰ Un diagnostic est l'identification d'une seule maladie, condition ou syndrome dans une série complexe de constatations. Il est utile dans le cas d'une pathologie, symptômes et possibilités de traitement connus. Quand le diagnostic est plus complexe, l'ostéopathe essaiera de se faire une idée la plus complète possible des causes du dysfonctionnement du patient. Il lui fournira une explication détaillée et n'établira pas un diagnostic préétabli.

³¹ High Velocity Low Amplitude

³² Muscle Energy Technique



Les techniques ostéopathiques sont appliquées aux différents niveaux du corps.

Elles peuvent être appliquées aux parties sensibles du corps comme les muscles et les ligaments articulaires; il peut s'agir d'un mouvement ou positionnement spécifique des articulations afin d'améliorer la capacité de la mobilité ou la qualité de cette mobilité; de manipulations des articulations rapides spécifiques et contrôlées ; de techniques manuelles pour réparer la fonction de structures viscérales ... (cf. annexe VII pour une liste restreinte des techniques de traitement possibles).

Les techniques manuelles sont utilisées pour stimuler la santé du patient par le biais d'un des cinq modèles susmentionnés (cf. 2.5). Le choix du traitement ou des techniques manuelles dépend de certains facteurs : la plainte du patient, sa maladie, son âge, son état de santé général, ses antécédents et l'examen ostéopathique. Dès lors, la technique choisie et son intégration dans le processus de traitement global sont spécifiques pour chaque patient.

Dans le cadre d'un traitement ostéopathique, une attention utile est prêtée à l'hygiène de vie générale et particulièrement à la prévention. En outre, l'ostéopathe agit selon les règles éthiques et déontologiques, comme c'est le cas dans d'autres formes de médecine, et endéans une perspective humaniste.

Il est important que le patient soit informé pendant toute la durée de la consultation ostéopathique d'une manière compréhensible en ce qui concerne le diagnostic, la stratégie du traitement et des possibilités alternatives de traitement. Le patient est informé des risques possibles, des effets secondaires, et de l'évolution escomptée et de la durée du traitement. Le consentement du patient est sollicité avant le début du traitement.

6.4 Révision permanente du diagnostic et du traitement

Chaque traitement ultérieur consiste d'une introduction interrogative concernant l'évolution de sa plainte, suivi par un nouvel examen clinique. Après chaque traitement, le changement est vérifié et le diagnostic de travail initial est évalué.

La durée du traitement et la fréquence dépendent du patient individuel et de son problème particulier. Le patient en est informé tout comme des éventuels changements dans le diagnostic, le plan de traitement et des examens cliniques complémentaires et/ou renvoi.

7 Indications et contre-indications dans la pratique ostéopathique³³

7.1 Moment d'un traitement ostéopathique approprié

L'indication d'un traitement ostéopathique est la présence d'une dysfonction somatique cliniquement significative.

A condition qu'elle soit pratiquée par des personnes entraînées et formées, l'ostéopathie peut être appliquée dans la plupart des cas cliniques.

En tant que distributeurs de soins de première ligne, les ostéopathes ont la responsabilité d'établir un diagnostic qui doit leur permettre de distinguer ce qui ressort ou non de leur compétence en médecine ostéopathique.

³³ Basé sur le WHO Draft: Guidelines on safety and practice of osteopathy and osteopathic medicine



Dans cette optique, les ostéopathes reconnaissent que certaines manipulations et techniques sont indiquées ou contre-indiquées dans certaines circonstances.

Il est toutefois important de comprendre qu'une contre-indication dans une manipulation d'une certaine partie du corps n'exclut pas un traitement ostéopathique dans une autre partie du corps. Une contre-indication pour un traitement spécifique n'exclut pas non plus, une autre technique plus adéquate pour la même situation clinique. A titre d'exemple : dans le cas d'un traumatisme ligamentaire aigu de la cheville où un repositionnement du talus est indiqué, il n'est peut-être pas souhaitable de recourir à une technique manipulative directe (technique HVLA), ne fût-ce qu'à cause du caractère aigu du traumatisme et/ou de la tolérance à la douleur du patient. Il est probable que pour le patient il soit plus indiqué - et nous avons atteint le même résultat - d'utiliser une technique MET, où il est fait appel au fonctionnement actif des muscles du patient. L'ostéopathe choisit une technique en fonction de la sécurité de son patient et tiendra compte des résultats optimaux qu'il est possible d'obtenir dans de telles circonstances.

Dans l'ostéopathie, les contre-indications absolues et relatives se réfèrent la plupart du temps à la technique utilisée.

Les techniques directes comme les techniques MET, les manipulations (techniques HVLA) et mobilisations articulaires possèdent d'autres critères de sécurité que les techniques indirectes telles que certaines techniques fluidiques/des fluides ou techniques basées sur l'arc réflexe (Sutherland, Hoover et Jones).

7.2 Contre-indications

Le refus d'un patient ou de son absence de consentement (oralement ou par écrit) par rapport à certaines techniques est une contre-indication absolue.

7.2.1 Techniques directes

7.2.1.1 Contre-indications absolues pour toutes les techniques directes (affections systémiques) :

- Problèmes d'hémorragie incontrôlée ou présumée
- Problèmes de coagulation
- Traitement d'anti-coagulations sans données récentes du labo
- Pathologie du tissu conjonctif congénitale ou développée
- Instabilité articulaire d'os, du tendon, des ligaments ou articulations causée par une pathologie métabolique, des métastases, de douleurs rhumatismales, tuberculose des os, etc.

7.2.1.2 Contre-indications relatives aux techniques directes :

- Ostéopénie
- Ostéoporose
- Enfant pré pubère
- Personnes âgées

7.2.1.3 Contre-indications absolues pour toute technique appliquée à une structure locale :

- Anévrisme de l'aorte abdominale



- Hydrocéphalie aigue
- Hydrocéphalie sans cause connue
- AVC aigu
- Ischémie cérébrale aigue
- Malformation artério-veineuses
- Anévrisme cérébral
- Cholécystite aigue avec suspicion de fuite ou de rupture
- Appendicite aigue avec suspicion de fuite ou de rupture
- Hernie discale aigue à évolution neurologique progressive
- Souffrance vasculaire évidente :
 - Bruit carotidien
 - Bruit aortique
 - Bruit oculaire
- Néoplasme
- Syndrome aigu de la queue de cheval
- Implant de cristallin (période postopératoire précoce)
- Glaucome non maîtrisé
- Suspicion ou risque de pathologie osseuse, comme : ostéomyélite, tuberculose osseuse, etc.
- Suspicion d'arteria vertebralis compromise
 - Syncope
 - Vertiges
 - Exceptions congénitales connues

7.2.1.4 Contre-indications absolues pour les techniques directes, en particulier HVLA ou influx nerveux appliquées à une structure locale :

- Techniques spécifiques au niveau du matériel d'ostéosynthèse
- Instabilité d'un os ou d'une articulation en relation avec des métastases, de douleurs rhumatismales, tuberculose osseuse, arthrite suppurant, arthrite sceptique, ostéomyélite etc. ...
- Fractures aiguës et pseudarthrose
- Hématomes osseux ou intramusculaires

7.2.1.5 Contre-indications relatives pour les techniques directes, en particulier HVLA ou influx nerveux appliquées à une structure locale :

- Hernie discale sans évolution neurologique progressive
- Elongation ligamentaire
- Whiplash aigu traumatique de la nuque

7.2.2 Techniques indirectes

Les contre-indications relatives, propres aux techniques indirectes, vont de pair avec le degré d'acuité du problème.

7.2.2.1 Contre-indications absolues pour techniques indirectes appliquées à une structure locale :



- Hydrocéphalie aiguë d'origine inconnue
- AVC aigu (hypoxie et ischémie)
- Hémorragie cérébrale aiguë
- Suspicion de malformation artério-veineuse
- Anévrisme cérébral
- Péritonite aiguë
- Appendicite aiguë ou autres maladies viscérales avec suspicion de fuites ou rupture
- Traumatisme crânien récent avec suspicion de traumatisme interne

7.2.2.2 Contre-indications relatives pour techniques indirectes appliquées à une structure locale :

- Néoplasme
- Métastases

8 Compétences

Pour la description des compétences en ostéopathie, nous faisons appel au modèle CanMEDS qui part du principe qu'un médecin doit réaliser 7 rôles importants : le rôle d'expert, de communicateur, d'actif dans le secteur de la santé, d'étudiant, de défenseur de la santé, de manager et de professionnel.

Étant donné que la description des compétences ne sert pas uniquement à informer les profanes, les étudiants et les instances officielles, mais se fixe également comme but de proposer l'élaboration d'un profil de formation, nous avons ajouté une partie 'connaissances' dans la description des rôles, suivant le modèle SERV³⁴.

Ainsi, chacun des 7 rôles est subdivisé comme suit : une définition, les compétences, les indicateurs, les connaissances et les attitudes & aptitudes.

- La *définition* esquisse l'image générale du rôle que l'ostéopathe doit observer.
- Par *compétences*, nous entendons le comportement escompté de l'ostéopathe afin de remplir un certain rôle. En considérant les compétences comme un comportement escompté dans la pratique de l'ostéopathie, les connaissances, les attitudes et les aptitudes sont automatiquement entremêlées et interprétées. Connaissances, attitudes et aptitudes constituent donc les fondements de la compétence, à savoir le comportement escompté.
- À l'aide des *indicateurs* nous décrivons le comportement qu'un praticien doit adopter lorsqu'il dispose de la compétence. Les indicateurs donnent aux étudiants et aux profanes une meilleure vision de ce qu'englobe la profession d'ostéopathe.
- Par *connaissance*, nous entendons la connaissance sous-jacente qui soutient la compétence concernée. Il s'agit de connaissance sans laquelle l'ostéopathe ne pourra présenter le comportement décrit ci-dessus. Cette partie peut servir de fil conducteur lors de l'élaboration d'un profil de formation.
- Finalement, nous reflétons les *attitudes & aptitudes* les plus importantes qui sont sous-jacentes aux compétences en question. Il s'agit d'attitudes et d'aptitudes sans lesquelles l'ostéopathe ne pourra présenter le comportement décrit ci-dessus. Une source

³⁴ Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen



d'information pour des Human Resource Managers, conseillers de carrière et recruteurs.

Nous décrivons explicitement les connaissances, attitudes et aptitudes sous-jacentes pour les utilisateurs des profils de compétences professionnelles. Elles font intégralement partie de la compétence et sont sous-jacentes de la description du comportement décrit ci-dessus. L'ostéopathe dispose d'une compétence s'il présente le comportement tel que décrit dans les indicateurs. Pour pouvoir présenter ce comportement, il a besoin des connaissances et des attitudes sous-jacentes.



Résumé des compétences de l'ostéopathe en relation avec son rôle dans les soins de santé de premier rang

20

Rôle	Compétence de l'ostéopathe
Expert ostéopathique	<ul style="list-style-type: none">▪ En tant que conseiller, donne la priorité au patient et offre des soins optimaux et éthiques;▪ Réalise l'anamnèse et l'examen complets du patient afin d'établir un diagnostic;▪ Applique d'une manière compétente les aptitudes diagnostiques et thérapeutiques adéquates;▪ Traite le patient efficacement et remplit ainsi son rôle préventif et curatif;▪ Contacte le cas échéant un confrère ou un autre praticien de santé lorsqu'il reconnaît ses propres limites en tant qu'ostéopathe;▪ Entretient ses connaissances, aptitudes et attitudes conformément à sa pratique ostéopathique.
Communicateur	<ul style="list-style-type: none">▪ développe une relation d'entendement, de confiance et éthique avec le patient;▪ clarifie et traite minutieusement les données pertinentes et les attentes du patient et éventuellement de sa famille, collègues et personnes d'autres disciplines du secteur de la santé;▪ communique minutieusement les données et les explications pertinentes au patient et éventuellement à sa famille, collègues et personnes d'autres disciplines du secteur de la santé;▪ comprend les troubles et les problèmes du patient, les met en concordance et établit un plan de traitement avec le patient et éventuellement avec sa famille, collègues et personnes d'autres disciplines du secteur de la santé;▪ communique les données d'une consultation efficacement, tant par écrit qu'oralement.
Praticien de santé	<ul style="list-style-type: none">▪ Sait et veut collaborer avec plusieurs disciplines;▪ Fonctionne d'une manière appropriée et efficace au sein d'une équipe interprofessionnelle de la santé;▪ Collabore efficacement avec des collègues du secteur des soins de santé afin d'éviter des conflits interprofessionnels et d'en discuter et de les résoudre.
Etudiant	<ul style="list-style-type: none">▪ Entretient et élargit ses connaissances professionnelles en se formant continuellement ;▪ Évalue de manière critique le contenu et la source des informations scientifiques;▪ Contribue activement au développement scientifique de sa profession;▪ Stimule activement la connaissance sur l'ostéopathie auprès d'individus, étudiants, collègues du secteur des soins de santé et auprès du public en général.
Défenseur de la santé	<ul style="list-style-type: none">▪ Réagit à une question ou un problème d'un patient, ce qui fait partie de son ressort;▪ Réagit aux besoins de la société au niveau de la santé;▪ Améliore la santé du patient et de la société.
Manager	<ul style="list-style-type: none">▪ Organise efficacement son cabinet individuel, de groupe et/ou son service;▪ Organise son cabinet et sa carrière;▪ Organise son administration et ses finances;▪ Traite efficacement les données des patients.
Professionnel	<ul style="list-style-type: none">▪ Se dévoue à ses patients, à sa profession et à la société en fournissant des soins qualitatifs et efficaces aux patients d'une manière intègre et concernée;▪ Se dévoue à ses patients, à sa profession et à la société en suivant les directives légales de sa profession;▪ Fait attention à sa propre santé et à mener une pratique à long terme



L'expert ostéopathe

Définition :	En combinant tous les rôles, l'ostéopathe devient un expert en la matière. En mettant pleinement ses qualités en œuvre, en appliquant avec compétence ses connaissances médicales et grâce à son attitude professionnelle, l'ostéopathe offre des soins qualitatifs au patient. Ses tâches principales sont l'établissement d'un diagnostic, le traitement, les conseils et l'évaluation.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En tant que conseiller, donne la priorité au patient et offre des soins optimaux et éthiques; ▪ Réalise l'anamnèse et l'examen complets du patient afin d'établir un diagnostic; ▪ Applique d'une manière compétente les aptitudes diagnostiques et thérapeutiques adéquates; ▪ Traite le patient efficacement et remplit ainsi son rôle préventif et curatif; ▪ Contacte le cas échéant un confrère ou un autre praticien de santé lorsqu'il reconnaît ses propres limites en tant qu'ostéopathe; ▪ Entretient ses connaissances, aptitudes et attitudes conformément à sa pratique ostéopathe.
Indicateurs :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Est capable d'organiser sa pratique efficacement en intégrant tous les rôles relatifs à l'exercice de sa pratique; ▪ Identifie d'éventuels conflits éthiques lors du traitement des patients et réagit d'une manière adéquate; ▪ Donne la priorité à ses fonctions professionnelles par rapport à ses différents patients et problèmes d'une manière efficace et adéquate; ▪ Identifie et explore ce qui est important pour ses patients ainsi que ses préférences; ▪ Est capable d'établir une anamnèse correcte, d'évaluer des informations importantes des antécédents médicaux du patient et d'interpréter toute information relevante d'examens cliniques et para cliniques; ▪ Prescrit le cas échéant d'une manière éthique et efficace des examens diagnostiques complémentaires; et réfère le cas échéant à la personne compétente ▪ Fait un examen clinique ostéopathe approfondi et relevant adapté au patient individuel; ▪ Sait évaluer efficacement un problème d'analyse clinique, interpréter les données apportées, générer un diagnostic différentiel et dessiner un plan de traitement; ▪ Sait réfléchir et faire des examens intégralement dans le cadre des principes et concepts ostéopathiques; ▪ Effectue, en concertation avec le patient, efficacement un plan de traitement; ▪ Propose au patient la technique appropriée;



L'expert ostéopathe

- Effectue les corrections et mobilisations adéquates;
- Exclut les contre-indications pour un traitement;
- Informe le patient sur la durée du traitement et des attentes à en avoir;
- Informe le patient d'éventuels risques et réactions possibles;
- Tient le patient au courant du suivi du traitement;
- Corrige le cas échéant le diagnostic;
- Analyse l'évaluation, tant des résultats que du processus, des consultations consécutives et corrige si nécessaire le plan de traitement en concertation avec le patient;
- Sait formuler l'avis au patient d'une telle manière que l'avis comprend un plan de traitement et d'accompagnement adéquat et efficace qui favorise la santé et le bien-être du patient, qui est formulé d'une manière compréhensive et que le patient peut approuver;
- Note les données du patient d'une manière communicable et claire dans un dossier;
- Veille à ce que la sécurité du patient soit toujours garantie;
- Connaît ses propres limites en tant qu'expert grâce à une autocritique élaborée;
- S'il s'avère nécessaire -pour un traitement optimal - il sait transférer le patient adéquatement et efficacement à un autre praticant;
- Veille à un suivi approprié du patient;
- Applique les connaissances pertinentes des sciences fondamentales biomédicales, cliniques, sociales et comportementales afin d'atteindre une pratique efficace;
- Se forme continuellement afin de se tenir au courant et d'améliorer ses compétences professionnelles;
- Contribue à l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients en intégrant le best-evidence et le best-practice.

Connaissance :

- Connaissance de base en communication ;
- Anamnèse;
- Sciences médicales de base;
- Principes et concepts ostéopathiques;
- Diagnostic d'exclusion;
- Générer un diagnostic différentiel;
- Établir un diagnostic;
- Raisonner cliniquement;
- Création d'images médicales;
- Biologie clinique (examens labo);
- Palpation diagnostique;
- Connaissance de troubles et méthodes de traitement fréquentes;
- Techniques de traitement ostéopathiques et leurs contre-indications;
- Mise en pratique des techniques de traitement;
- L'effet d'une hygiène de vie sur la santé;
- Possibilités et limites de l'ostéopathie;



L'expert ostéopathe

Attitudes &
aptitudes :

- Habile et aptitude de palpation très approfondie ;
- Techniques manuelles diagnostiques et thérapeutiques;
- Connaissance du corps et perception du mouvement :
- Esthétique et rythme dans le processus de traitement;
- visualisation;
- Communicatif et sociable;
- Ecoute active;
- Empathie;
- Discrétion;
- Service;
- Concertation;
- Précis;
- Connaissance de l'hygiène;
- Connaissance de la sécurité;
- Planifier et organiser;
- Conseiller.



Communicateur

Définition :	L'ostéopathe est en mesure de communiquer oralement et par écrit d'une manière efficace avec les patients, leur famille, collègues et personnes d'autres disciplines dans le secteur de la santé. L'ostéopathe est le lien pour le patient, avant, pendant et après le traitement. Il entre aussi bien en contact direct que par téléphone avec le patient. Une relation éthiquement correcte, sincère et emphatique favorise la relation de confiance avec le patient. Dès lors, il est possible d'installer une communication fluide et réciproque à propos de la santé du patient.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ développe une relation d'entendement, de confiance et éthique avec le patient; ▪ clarifie et traite minutieusement les données pertinentes et les attentes du patient et éventuellement de sa famille, collègues et personnes d'autres disciplines du secteur de la santé; ▪ communique minutieusement les données et les explications pertinentes au patient et éventuellement à sa famille, collègues et personnes d'autres disciplines du secteur de la santé; ▪ comprend les troubles et les problèmes du patient, les met en concordance et établit un plan de traitement avec le patient et éventuellement avec sa famille, collègues et personnes d'autres disciplines du secteur de la santé; ▪ communique les données d'une consultation efficacement, tant par écrit qu'oralement.
Indicateurs :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ comprend qu'une bonne communication est la base d'une profession médicale et qu'une bonne relation entre l'ostéopathe et le patient favorise un meilleur résultat clinique et la satisfaction des deux parties; ▪ développe une relation thérapeutique positive avec le patient caractérisée par la compréhension, la confiance, le respect, la sincérité et l'empathie; ▪ tient compte de la diversité et l'unicité de ses patients; ▪ établit le premier contact avec le patient, où il se présente ainsi que son cabinet; ▪ reçoit le patient et l'aiguille dans l'organisation du cabinet; ▪ écoute activement et efficacement les troubles du patient, pose des questions pour avoir une image claire et/ou complète et identifie les demandes et les attentes du patient; ▪ cherche des informations pertinentes, non seulement auprès du patient, mais éventuellement auprès de la famille, collègues et auprès de personnes d'autres disciplines du secteur de la santé; ▪ est conscient de la communication non verbale du patient et y réagit d'une façon appropriée; ▪ respecte les informations délicates du patient afin de préserver



Communicateur

	<ul style="list-style-type: none"> l'intimité et la confiance du patient; ▪ stimule le rôle actif du patient dans le processus de prise de conscience de son hygiène de vie et l'effet de celle-ci sur sa santé; ▪ informe le patient des possibilités et limites de l'ostéopathie et éventuellement de l'ostéopathe ; ▪ rassure le patient avant, pendant et après le traitement; ▪ donne des explications claires sur le diagnostic, la stratégie du traitement et d'éventuelles possibilités de traitement alternatives compte tenu de l'âge et du milieu du patient; ▪ quand le diagnostic est plus complexe, il donnera de plus amples explications des différentes causes possibles de dysfonctionnement au patient et ne lui donnera pas de diagnostic tout fait/préconçu/imaginé d'avance. ▪ Informe sur les risques éventuels, d'effets secondaires, évolution espérée et durée du traitement; ▪ Informe le patient et si souhaité sa famille, collègues et personnes d'autres disciplines du secteur de la santé, favorise une discussion ouverte et associe ceux-ci dans la prise de décision; ▪ Demande toujours la permission pour un plan de traitement et les techniques appliquées; ▪ Note clairement les données communicables du patient dans un dossier; ▪ Réagit d'une manière appropriée et humaine à des situations de communication difficiles, comme transmettre une mauvaise nouvelle, réagir à des frustrations, confusion ou colère du patient; ▪ Donne le cas échéant des informations médicales au public ou aux médias concernant un problème médical.
Connaissances :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissances de base de la communication ; ▪ Concepts et principes de base de l'ostéopathie; ▪ Possibilités et limites des traitements ostéopathiques; ▪ Effet de l'hygiène de vie sur la santé; ▪ Connaissance de troubles et méthodes de traitements fréquents.
Attitudes & aptitudes :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication où le patient est la personne clé; ▪ Établir une relation d'entendement, une relation de confiance et une relation éthiquement correcte; ▪ Empathie; ▪ Respect et discrétion; ▪ Compréhension mutuelle; ▪ Efficace et consciencieux; ▪ Posé et calme; ▪ Expert en communication verbale et non verbale; ▪ Service; ▪ Écoute active; ▪ Physique soigné en accord avec l'image que l'on a de la profession.



Praticien de santé

Définition :	L'ostéopathe entretient de bonnes relations avec ses collègues et autres dispensateurs de soins afin d'offrir des soins optimaux au patient. Maintenir une bonne collaboration est de plus en plus importante dans notre société multiprofessionnelle où le patient occupe une place centrale. Des équipes modernes de dispensateurs de soins ne comportent plus uniquement des praticiens d'une discipline mais bien des professionnels de plusieurs secteurs, localisés au même ou à différents endroits. Il est également important que l'ostéopathe collabore d'une manière positive et efficace avec le patient et une équipe interprofessionnelle d'experts en différents secteurs de la santé afin d'offrir des soins optimaux.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sait et veut collaborer avec plusieurs disciplines; ▪ Fonctionne d'une manière appropriée et efficace au sein d'une équipe interprofessionnelle de la santé; ▪ Collabore efficacement avec ses collègues du secteur des soins de santé afin d'éviter des conflits interprofessionnels et dans tel cas afin de savoir en discuter et les résoudre.
Indicateurs :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrit ses compétences de manière claire pour ses collègues de la santé publique; ▪ Connaît et respecte les compétences, fonctions et responsabilités des différents dispensateurs de soins; ▪ Est en mesure de transférer un patient d'une manière appropriée vers d'autres dispensateurs de soins; ▪ Fonctionne adéquatement en groupe et tient compte des conséquences de ses propres actes; ▪ Est en mesure de concorder ses activités à celles des autres; ▪ Collabore avec d'autres personnes pour examiner un patient d'une manière optimale, pour élaborer un plan de traitement et pour commencer un traitement; ▪ Est en mesure de prendre des décisions communes; ▪ Collabore aussi avec des collègues pour résoudre des problèmes d'examen, pour fournir des formations et pour assumer des responsabilités communes administratives; ▪ Aspire à approfondir les possibilités de collaboration où l'examen et le traitement du patient sont effectués communément avec une influence multilatérale et une concertation dans les domaines respectifs; ▪ Participe à des réunions interprofessionnelles et les préside si nécessaire; ▪ Est en mesure de donner et de recevoir un feed-back de manière professionnelle et constructive; ▪ Entretient des relations interprofessionnelles; ▪ Respecte le dynamisme, l'éthique, la confidentialité et le professionnalisme de l'équipe;



Praticien de santé

Connaissances :

- Évite les conflits;
- Entame une discussion constructive pour résoudre un conflit;
- Respecte les malentendus, les désaccords et les limites d'autres professionnels;
- Reconnaît aussi ses propres préjugés, désaccords et limites.

Attitudes &
aptitudes :

- Compétences, fonctions, responsabilités et limites de sa propre profession et d'autres professions dans le secteur;
 - Communiquer et négocier constructivement.
-
- Communicatif;
 - Fiable et respecte les accords;
 - Serviable et confraternel;
 - Est en mesure de travailler en groupe;
 - Respectueux de la diversité ;
 - Déléguer;
 - Sens de la responsabilité ;
 - Diriger une équipe;
 - Conflit management.



Etudiant

Définition :	Durant toute sa carrière, l'ostéopathe entretient sa propre compétence en lisant de la littérature spécialisée, en suivant des séminaires, des cours de formation permanente et en discutant avec des collègues. L'ostéopathe contribue en outre activement au développement de sa profession en faisant de la recherche scientifique, en publiant des résultats, en donnant des exposés et en traduisant des oeuvres scientifiques.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretient et élargit ses connaissances professionnelles en se formant continuellement ; ▪ Évalue, d'une manière critique, le contenu et la source des informations scientifiques; ▪ Contribue activement au développement scientifique de sa profession; ▪ Stimule activement la connaissance sur l'ostéopathie auprès d'individus, étudiants, collègues du secteur des soins de santé et auprès du public en général.
Indicateurs :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Établit un plan pour la mise à jour de ses connaissances par la formation continue; ▪ Identifie les sources pour la mise à jour de ses connaissances; ▪ Est auto critique par rapport à ses propres connaissances; ▪ Intègre les nouvelles connaissances dans la pratique; ▪ Documente son processus d'apprentissage; ▪ Examine des questions scientifiquement fondées et formule et publie ses expériences; ▪ Effectue des recherches éthiquement fondées ou cherche des preuves dans la littérature spécialisée; ▪ Identifie le besoin de connaissance dans sa profession; ▪ Sélectionne un moyen efficace pour transmettre la connaissance aux individus, étudiants, collègues ou au public; ▪ Évalue sa transmission de connaissance.
Connaissances :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les cours de perfectionnement, les catégories professionnelles, les séminaires; ▪ Communication de base; ▪ Actuelle problématique scientifique dans la profession ; ▪ Règles éthiques concernant la recherche scientifique; ▪ Recherche evidence-based.
Attitudes & aptitudes :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curieux d'apprendre; ▪ Planifier et organiser; ▪ Auto critique; ▪ Communication orale et écrite; ▪ Éthique.



Défenseur de la santé

Définition :	En tant que défenseur de la santé, l'ostéopathe utilise son expertise et son influence pour améliorer la santé et le bien-être du patient individuel et de la société. L'ostéopathe défend les intérêts de la santé publique en général et transmet son idée de confiance fondamentale dans le potentiel de la santé. Il aide le patient à naviguer dans le système des soins de santé afin de trouver le traitement approprié au moment opportun.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réagit à une question ou un problème d'un patient, ce qui fait partie de son ressort; ▪ Réagit aux besoins de la société au niveau de la santé; ▪ Améliore la santé du patient et de la société.
Indicateurs :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifie les besoins d'un patient; ▪ S'informe du développement actuel de la santé publique à travers la littérature spécialisée relevante et dans les média; ▪ Donne des conseils sur la prévention et informe les individus et la société des problèmes sanitaires; ▪ Encourage les patients à prendre leur santé en main; ▪ Est au courant des interventions des assurances soins de santé; ▪ Identifie son influence sur la structure de la santé publique; ▪ Comprend son rôle de praticien de santé et son rôle dans la sécurité du patient.
Connaissances :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir un diagnostic ▪ Reconnaître la nécessité d'autres soins (red and yellow flags) ▪ Techniques de traitement ostéopathiques et leurs contre-indications; ▪ Mise en oeuvre des techniques de traitement ; ▪ Possibilités et limites des traitements ostéopathiques; ▪ Fonction curative et préventive de l'ostéopathie; ▪ Impact de l'hygiène de vie sur la santé; ▪ Connaissance des motifs de consultation et méthodes de traitements; ▪ Connaissance de facteurs psychologiques, biologiques, sociaux, culturels et économiques qui déterminent aussi la santé; ▪ Structure de l'assurance soins de santé; ▪ Structure de la santé publique.
Attitudes & aptitudes :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analytique; ▪ Entreprenant; ▪ Soucieux de la sécurité; ▪ Planifier et organiser; ▪ Conseiller.



Manager

Définition :	L'ostéopathe doit remplir le rôle de manager pour savoir organiser efficacement son cabinet individuel ou collectif en tant qu'entrepreneur indépendant ou son service en tant qu'employé dans une institution de santé publique. Il travaille individuellement ou en groupe et organise son propre travail, établit des priorités, effectue des tâches, collabore avec des collègues, fait des choix, remplit ses obligations administratives, le tout en équilibre avec sa vie privée. Il lui faut dès lors un engagement actif en tant que participant et décideur intégral dans le fonctionnement du système de la santé publique et en tant que protecteur de soins ostéopathiques de qualité comme constaté par la profession.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organise efficacement son cabinet individuel, collectif et/ou son service; ▪ Organise son cabinet et sa carrière; ▪ Organise son administration et ses finances; ▪ Traite efficacement les données des patients.
Indicateurs :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organise le cabinet pour pouvoir donner un suivi dans les soins ; ▪ Aménage le cabinet selon les directives de la profession; ▪ Remplit ses obligations administratives, financières et sociales; ▪ Positionne le cabinet et le fait remarquer positivement; ▪ Veille à ses propres conditions de travail et cherche un bon équilibre entre le travail et le temps libre ; ▪ Organise son temps et schéma de travail; ▪ Collabore avec ses collègues; ▪ S'évalue continuellement tout comme son cabinet et sa carrière; ▪ Choisit un système approprié pour l'enregistrement des patients et prend soin de ces données; ▪ Agit selon les règles de la protection de la vie privée des patients; ▪ Remplit ses obligations administratives vis-à-vis du patient, l'assurance soins de santé et les instances législatives.
Connaissances :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diriger un cabinet; ▪ Législation belge et européenne concernant la pratique d'une profession médicale en ostéopathie en particulier; ▪ Administration assurance soins de santé.
Attitudes & aptitudes :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre des décisions de manière autonome; ▪ Ordonné; ▪ Précis; ▪ Sens de la négociation; ▪ Planifier et organiser; ▪ Avoir une hygiène personnelle; ▪ Collaborer.



Professionnel

Définition :	Un ostéopathe professionnel doit être au service de la santé et du bien-être des individus et de la société en pratiquant sa profession en respect de l'éthique, en agissant selon les directives légales de la profession et en adoptant un comportement des plus responsables.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se dévoue à ses patients, à sa profession et à la société en fournissant des soins qualitatifs et efficaces aux patients d'une manière intègre et concernée;▪ Se dévoue à ses patients, à sa profession et à la société en suivant les directives légales de sa profession;▪ Fait attention à sa propre santé et à mener une pratique à long terme.
Indicateurs :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se comporte d'une manière appropriée et professionnelle dans sa pratique : sincère, intègre, dévoué, respectueux, empathie et altruisme;▪ Ambitionne une qualité, des connaissances, une conscience et des actes des plus professionnelles;▪ Agit adéquatement, résolument et indépendamment;▪ Est critique par rapport à ses propres possibilités et limites ;▪ Se conforme aux règles éthiques, déontologiques et légales;▪ Représente positivement la profession d'ostéopathe;▪ Répond d'une façon appropriée aux instances législatives;▪ Réagit de manière appropriée au non professionnalisme des autres;▪ Entretient des relations appropriées avec ses patients;▪ Garde un équilibre entre les priorités professionnelles et privées, ce qui lui permet d'être personnellement en bonne santé et d'avoir un cabinet durable;▪ Reconnaît les collègues ayant besoin d'aide et réagit d'une manière appropriée.
Connaissances :	<ul style="list-style-type: none">▪ Directives éthiques, déontologiques et légales;▪ Législation belge et européenne concernant la pratique d'une profession médicale ostéopathique.
Attitudes & aptitudes :	<ul style="list-style-type: none">▪ Visant la qualité;▪ Altruiste;▪ Emphatique;▪ Conscient;▪ Auto critique;▪ Moral;▪ Responsable;▪ Sincère et intègre.



9 Praticant débutant

9.1 Définition

Un praticant débutant est la personne qui commence à pratiquer la profession. Il doit répondre à certaines conditions afin qu'il puisse traverser le processus pour rassembler les compétences d'un praticant expérimenté.

L'ostéopathe débutant doit déjà posséder toutes les compétences susmentionnées mais devra les développer pendant la pratique de sa profession. Il est important que le praticant débutant possède un potentiel de croissance.

L'éclosion professionnelle de l'ostéopathe vers un praticant expérimenté réside principalement dans l'interaction entre les praticants professionnels, l'environnement clinique et la diversité des patients.

9.2 Exigence pour un ostéopathe débutant

On ne peut pas attendre d'un ostéopathe débutant qu'il travaille avec la même clairvoyance, vitesse et précision qu'un collègue expérimenté. Pour qu'il puisse devenir un ostéopathe expérimenté, il est nécessaire de prévoir après la formation d'ostéopathe une 'période de stage' ('apprenticeship') d'un an, où l'ostéopathe débutant acquiert des expériences, des aptitudes cliniques et organisationnelles ainsi que des connaissances complémentaires sous la direction d'un collègue expérimenté.

Hormis l'evidence based medicine (EBM) susmentionnée, il existe également une practice base evidence (PBE), où l'expérience du praticant joue un rôle important. Le contexte de l'intervention professionnelle et l'autonomie professionnelle du praticant forment des points de départ qui dirigent l'intervention de l'ostéopathe selon ce modèle. Les deux modèles (EBM et PBE) doivent aller de pair lors de la formation d'un ostéopathe.

Cette période de stage n'est à ce jour pas encore d'application mais l'une des priorités de la profession est de donner à un collègue débutant toutes les possibilités d'exercer sa profession d'une manière qualitative.

Dans la pratique, on constate par contre que cette période de stage est déjà appliquée par nombre d'ostéopathes débutants étant donnée qu'ils travaillent, à temps partiel ou à temps plein, dans le cabinet d'un ostéopathe plus expérimenté (entre autres pour des raisons économiques).

9.3 Compétences à acquérir

- L'ostéopathe débutant doit encore acquérir plus de compréhension du 'contexte' des soins de santé. Il doit apprendre à déterminer quelle pourrait être son influence dans une situation thérapeutique. Cette compréhension s'intensifiera avec l'expérience. Il pourra ainsi chercher de nouvelles façons pour faire face aux problèmes (intervention stratégique) et en informer le patient plus efficacement.
- Les ostéopathes peuvent être amenés à travailler sur des terrains très variés. La formation

offre la connaissance de base de ces différentes situations de travail possibles, populations de patients, couches socio-économiques et milieux de pratique. En pratiquant la profession, l'ostéopathe étend cette connaissance grâce à l'expérience.

- Un ostéopathe débutant devra chercher un nouvel équilibre entre sa vie de famille et les exigences du cabinet. En outre, il devra chercher sa place dans la profession et son cabinet.
- L'ostéopathe débutant devra apprendre à connaître ses collègues (collègues ostéopathes et autres praticiens de santé) et développer un sentiment d'équivalence. Tout comme ses collègues, l'ostéopathe contribue au bien-être du patient.
- L'ostéopathe débutant devra apprendre à (re)connaître des erreurs de décision et de réflexion ainsi que le problème du 'self-serving bias'³⁵ (préjugés professionnelles) qui forment des pièges.
- L'ostéopathe débutant souffre souvent d'un 'drive' - vouloir résoudre tous les problèmes et plaintes en une fois –à cause duquel il veut s'attaquer à tout en même temps. Il risque ainsi d'être submergé. Un ostéopathe débutant démarre avec beaucoup d'expectatives. Il souhaite voir les choses rapidement réalisées. Il doit apprendre à 'patienter' et accepter que tout ne puisse pas être fait en un seul jour. Aussi doit-il apprendre à bien planifier et à se limiter à ce qui est réalisable et/ou souhaitable.

10 Développements futurs en ostéopathie

On remarque déjà le développement suivant (mentionné brièvement dans l'introduction de ce PCP) : l'ostéopathe individuel a certains centres d'intérêt et veut se diriger vers certains groupes-cibles (p.ex. enfants, sportifs ...) ou techniques ostéopathiques. Il peut acquérir ces compétences professionnelles spécifiques par la formation continue et par l'expérience pratique. Il développera sans aucun doute ses compétences ultérieurement et bénéficiera de l'attention nécessaire des instances académiques et post-académiques.

Les compétences professionnelles spécifiques suivantes font actuellement fureur :

- Pédiatrie
- Sport
- Niveau urogénital et obstétrical

Malgré le fait que la spécialisation devient de plus en plus nécessaire à cause du développement explosif des connaissances, l'ostéopathie ne veut en aucun cas se positionner en deuxième rang et veut toujours - fidèle à ses principes - se profiler en tant que médecine de première ligne. C'est la raison pour laquelle la profession préfère considérer ces profils de connaissances professionnelles en tant que tels sans vouloir référer à un 'ostéopathe sportif' par exemple. L'ostéopathe reste un ostéopathe mais avec une compétence bien spécifique dont la reconnaissance sera à l'avenir de préférence homologuée de manière académique.

L'ostéopathe s'oblige à affiner ses connaissances en ostéopathie ainsi que son éventuelle compétence spécifique par le biais de la formation permanente afin d'offrir des soins de manière optimale.

³⁵ Idée préconçue, expliquant que l'homme attribue ses succès à ses propres capacités ou talents (attribution interne) et ses échecs à des circonstances ou à la faute des autres (attribution externe).



Littérature consultée

Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting, exemple élaboré sous la conduite du SERV, <http://www.serv.be/Publicaties/1096.pdf>

Beroepscompetentieprofiel fysiotherapeut in de hart- en vaatrevalidatie, <http://www.nvfh.nl/BCP%20v5-4%20okt%202006%20def-nvfh.pdf>

Beroepscompetentieprofiel osteopathie, Nederlandse Vereniging voor Osteopathie, Hilversum en Stichting het Nederlands Register voor Osteopathie, Emmeloord, juni 2009

Beroepscompetentieprofiel tandartsassistent, 2008, <http://www.serv.be/Publicaties/1267.pdf>

Beroepsprofiel Arts voor Homeopathie, VHAN, 2005, <http://www.vhan.nl/documents/VHANBEROEPSPROFIEL2005.pdf>

Beroepsprofiel Chiropractor, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW, 2000, <http://www.moedercentra.nl/Publicaties//NIZW/751/beroepsprofiel%20chiropracter.pdf>

Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw, Nationale Raad voor de Vroedvrouwen, <http://74.125.77.132/search?q=cache:IOvCKtWAPUYJ:www.kdg.be/download.aspx%3Fc%3DPBVV%26n%3D3215%26ct%3D3048%26e%3D13090+BEROEPSPROFIEL+VAN+DE+BELGISCHE+VROEDVROUW&cd=1&hl=nl&ct=cnk&gl=be>

Drexler K., De plaats van de osteopathie in het huidige gezondheidszorgbeleid: een belichting vanuit de fenomenologie, 2009, College Sutherland, DO-thesis, Brussel

European Federation of Osteopaths (EFO), <http://www.e-f-o.org>

European Register of Osteopathic Physicians (EROP), <http://www.erop.org/>

Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE), EFSOET and EFCOP documents, <http://www.forewards.eu>

Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE), A statement from the Forum for Osteopathic Regulation in Europe in response to the European Commission's consultation regarding health services http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co189.pdf

Frank J.R., (Ed). 2005. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

General Osteopathic Council (GOsC), Osteopathic Practice Framework, consultation document, March, 2009

Gevitz N., *The DO's, osteopathic medicine in America*. 2004, 2nd edition, The John Hopkins University Press, Baltimore & London

Hamerlinck JP., *Osteopathie in België: 1974-1999*, Belgische Vereniging voor Osteopathie, D/2000/8921/2

La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille, Wonca Europe, 2002, <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WO NCA%20definition%20French%20version.pdf>



Seffinger M.A.; King H.B.; Ward R.C.; Jones III J.M.; Rogers F.J.; Patterson M.M.

Osteopathic Philosophy, in Ward R.C. (Ed.), *Foundations for Osteopathic Medicine*, second edition, 1997, pp. 4, 11-12, American Osteopathic Association, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia

Sociaal Economische Raad van Vlaanderen (SERV), Informatiefiche nieuw format Beroepscompetentieprofielen, http://www.serv.be/dispatcher.aspx?page_ID=06-00-00-00-000

Tanguy N.

An investigative study whether the profession of osteopathy lost identity when its definition and terminology was modernised: literature review, 2005, MSc Project, ESO, Boxley

Tyreman S.J.

The Concept of Function in Osteopathy and Conventional Medicine: A Comparative Study, 2001, PhD Project, BSO, London

van Dun P.L.S., Reflecties over CAMs: Osteopathie, 2008: 1-20

<http://www.corpp.org/artikel/News/detail139652.jsp?msf=>

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

Ward R.C. (Ed.), *Foundations for Osteopathic Medicine*, second edition, 1997, American Osteopathic Association, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia

WHO Guidelines on basic training and safety in osteopathy: revised draft, 2007



Remerciements

Ce PCP n'aurait pas pu être établi sans la coopération et surtout la collaboration volontaire des ostéopathes professionnels des différentes unions professionnelles et écoles, qui finalement ont réussi à s'entendre et qui ont mis tout en oeuvre pour obtenir un consensus tant au niveau politique que dans la phase finale de ce PCP. Le travail a été effectué depuis déjà 10 ans au-delà des frontières des unions professionnelles, au sein du GNRPO asbl. Il a atteint à nouveau un point culminant dans la publication de ce PCP pour l'ostéopathie et se finalisera sûrement dans une fusion qui sera salubre pour la profession d'ostéopathe.

Nous voudrions remercier toute l'équipe de la *Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion asbl* et en particulier Karin Drexeler, DO et Johan Verbeeck, MSc pour leur importante contribution à la rédaction de ce PCP. Nos remerciements aussi Eric Dobbelaere, DO, secrétaire du GNRPO asbl pour sa contribution importante en tant que coordinateur du PCP.

Le Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl souhaite également remercier chaleureusement les personnes suivantes pour leur contribution à ce projet :

Lecteurs du PCP ostéopathie

Alex Boon, DO; Etienne Cloet, DO; Prof. Dr. De Ridder; Jean Ruwet, DO; Willy Renders, DO; Luc Roggen, DO; Dirk Segers, DO

Membres du comité de recherche et du conseil de la CORPP asbl

D. Joeri Calsisus, DO; Dr. Peter Moulaert, médecin; Gert Roncada, DO; Johan Verbeeck, MSc

Rédacteur

Patrick van Dun

Annexe I



La profession³⁶ estime que l'avenir de l'enseignement de l'ostéopathie se trouve dans une institution universitaire d'un niveau minimum Master conformément aux directives de la EFO.

1. Critères d'enseignement déterminés par l'Académie Belge d'Ostéopathie

Pour les études partielles les critères académiques minimaux les plus importants sont :

- Seuls les titulaires d'un diplôme en médecine ou kinésithérapie sont admis aux études d'ostéopathe (dérogations possibles pour des diplômés universitaires en sciences humaines et médecine vétérinaire moyennant accord préalable des unions professionnelles reconnues).
- Les points d'étude ECTS minimum doivent correspondre aux critères de la WHO concernant les professionnels dans les soins de santé à haut niveau de responsabilité. Au moins 50 % de la matière enseignée doit être de la théorie.
- Les hypothèses explicatives que l'on retrouve en ostéopathie, pour lesquelles il n'y a pas de vérification expérimentale exacte, ne peuvent en aucun cas faire partie du cadre des cours fondamentaux et doivent être limitées au minimum.
- La durée totale des études est étalée sur cinq ans en fonction de l'acquisition nécessaire de l'habileté propre à l'exercice de l'ostéopathie.
- Les professeurs des cours théoriques doivent être titulaires d'un diplôme garantissant une compétence spécifique de la matière enseignée.
- Les professeurs des cours pratiques doivent avoir le titre de DO.
- Les cours cliniques sont donnés par des médecins et ostéopathes DO.
- Tous les ans, on teste la connaissance des matières pratiques et théoriques. Les résultats obtenus déterminent l'accès à l'année supérieure et l'obtention du diplôme final.
- L'accès à l'examen clinique ne peut être obtenu qu'après avoir réussi tous les modules répartis sur les cinq années d'études.
- Après avoir réussi l'examen clinique, le candidat soumettra et soutiendra un travail de fin d'études (thèse de doctorat). Ce travail de fin d'études est rédigé selon la méthodologie scientifique et sera soutenu devant un jury qualifié. Pour ce faire, l'étudiant dispose de 4 sessions réparties sur 3 ans.

2. Critères académiques pour l'enseignement à temps plein en ostéopathie

2.1 Critères mis en place par l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pour être admis à la première année de bachelier, le candidat doit être titulaire d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur.

La formation compte minimum six années d'études :

- Bachelier 1, 2 et 3
- Master 1 et 2
- Master complémentaire

Pendant le master complémentaire, l'étudiant produira un mémoire de fin d'études selon les principes de la méthodologie scientifique.

³⁶ Etats Généraux de l'Osteopathie, GNRPO, Brussel, 26.10.2007



La possibilité de faire un doctorat est prévue (pas nécessaire pour l'exercice de la profession).

2.2 Critères mis en place par la International Academy of Osteopathy (IAO)

Annexe II



- Enseignements à temps partiel:
 - Collège Belge d'Ostéopathie, Bruxelles (CBO, <http://www.c-b-o.org/>)
 - Flanders International College of Osteopathy (FICO, <http://www.fico.be/>)
 - International Academy of Osteopathy (IAO, <http://www.osteopathie.eu/>)
 - Sutherland College of Osteopathic Medicine asbl (SCOM, <http://www.scom.be/>)

- Enseignements à temps plein:
 - L'Université Libre de Bruxelles (ULB) offre un Master complémentaire en ostéopathie après un Master en sciences de la motricité option ostéopathie (<http://www.ulb.ac.be/>)
 - L'International Academy of Osteopathy (IAO) offre un Bsc par l'intermédiaire de l'université de Wales (UK) (<http://www.wales.ac.uk/en/Home.aspx>) et un Msc par l'intermédiaire de la FHG Haute- Ecole d'Innsbruck (Autriche) (<http://www.fhg-tirol.ac.at/page.cfm?vpath=fachhochschule/aktuell>)

Annexe III



Belgique

- 22.09.1986 : création de l'Académie d'Ostéopathie de Belgique.
- 22.12.1986 : création de la Société Belge d'Ostéopathie (SBO).
- 14.01.1987 : la SBO démarre les études en ostéopathie au campus de la Vrije Universiteit Brussel (VUB).
- 23.12.1987 : dépôt du titre de DO.
- 28.05.1993 : en tant que première union professionnelle, la SBO est reconnue par le Conseil d'Etat.
- 1994 : les ostéopathes sont enregistrés au Ministère des Classes moyennes sous le numéro 030672
- 1995 : la SBO et l'ABRO (actuellement le ROB) sont représentés dans le Conseil Supérieur des Indépendants et des PME.
- 1995 : l'Union Belge des Ostéopathes (UBO) est reconnue par le Conseil d'Etat.
- 1996 : l'Unie van Osteopaten (UVO) est reconnue par le Conseil d'Etat.
- 1997 : le Registre des Ostéopathes de Belgique (ROB) est reconnu par le Conseil d'Etat.
- 1999 : l'Association Belge des Ostéopathes Classiques (ABOC) est reconnue par le Conseil d'Etat.
- 12.03.1999 : approbation de la loi Colla : reconnaissance de quatre médecines non conventionnelles, dont l'ostéopathie. Il s'agit d'une loi-cadre déterminant la création d'une commission paritaire et quatre chambres (une par discipline). Cette reconnaissance est légale et explicite.
- 2000 : création du Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO), organisme fédérateur des unions professionnelles reconnues par le Conseil d'Etat.
- 2000 : accord entre les plus grandes mutualités (SM&CM) et le GNRPO concernant les ostéopathes reconnus et l'intervention des mutualités dans les honoraires.
- 2002 : publication des statuts du GNRPO dans le Moniteur Belge.
- 2003 : reconnaissance officielle des cinq unions professionnelles dans le GNRPO par Arrêté Royal
- 2007 : liste uniforme des ostéopathes "reconnus" respectée par toutes les mutualités et entrée en vigueur d'une attestation officielle uniforme de remboursement.



- 2008 : création d'un forum sur l'ostéopathie : instance de concertation officielle entre les mutualités et toutes les unions professionnelles reconnues par le Conseil d'Etat ayant la même aspiration, à savoir l'officialisation de la profession (création de l'Ordre, reconnaissance par le Ministère de la Santé publique, exécution de la loi Colla).

Europe

- 1987 : reconnaissance officielle de la EFO (European Federation of Osteopaths) en tant que International Association dans la Communauté européenne.
- 1997 : reconnaissance de l'ostéopathie dans la médecine non conventionnelle par la Parlement européen, suivi d'une recommandation aux états-membres pour légaliser au plus vite l'ostéopathie dans le cadre décrit.
- 2002 : reconnaissance officielle de la EFO par le Conseil européen des professions libérales, intellectuelles et scientifiques (CEPLIS). Ce conseil fait partie du Conseil Economique et Sociale Européen.

Mondial

- 2001 : reconnaissance par la WHO de l'ostéopathie en tant que profession indépendante à part entière dans la médecine de première ligne.
- 2004: création de la WOHO, World Osteopathic Health Organisation, qui compte 22 pays, dont les Etats-Unis, les états membres européens, la Russie, l'Australie, le Japon, etc.

Annexe IV



1. un "Diplôme en Ostéopathie (D.O-FBO)" de la Formation Belge des Ostéopathes;
2. un "Gediplomeerde in Osteopathie (D.O-BVO)" du Belgische Vorming der Osteopaten;
3. un "Diploma in Osteopathy D.O." de l'International Academy of Osteopathy;
4. un "Diploma in Osteopathy" du Still Osteopathic Institute;
5. un "Diploma of osteopathic medicine – the Degree of D.O." de la Société Belge d'Ostéopathie;
6. un "Diploma of Osteopathic medicine upon recommendation of the A.B.O." de l'Association Belge d'Ostéopathie;
7. un "Diploma in Osteopathy – the Degree of D.O." du Federal European Register of Osteopaths;
8. un "Diploma in Osteopathy", "BSc(Hons) Degree in Osteopathy" ou "Bachelor of Science in Osteopathy" de l'European School of Osteopathy ou Ecole Européenne d'Ostéopathie;
9. un diplôme d' « Ostéopathe D.O. » du Sutherland College of Osteopathic Medicine;
10. un "Diplôme en Ostéopathie" de La Collégiale Académique de France;
11. un "Diplôme d'Ostéopathie ARTH" de l'Association de Recherche en Thérapie Holistique – Roland Solere;
12. un "Diplôme d'Ostéopathie – Collège d'Etudes ostéopathiques de Montréal" délivré par le Jury International;
13. un "Diplôme d'Ostéopathie sur recommandation du Conseil Académique" de l'Institut de Formation en Ostéopathie de Paris;
14. un "Degree in Osteopathy – Auditor of BELSO" du International Jury, complété par le "Certificat de formation en sémiologie" de la Faculté Internationale d'Ostéopathie ;
15. un "Diploma in Osteopathy (D.O.)" délivré par The John Wernham Academy of Osteopathy in association with the Maidstone College of Osteopathy;
16. "Diplomate in Osteopathy (D.O.)" delivré par The Maidstone College of Osteopathy;
17. un "Bachelor of Science in Osteopathy" de la British School of Osteopathy;
18. un "Diplôme en Ostéopathie (D.O.)" du Collège International d'Ostéopathie;
19. un "Diplôme en Ostéopathie (D.O.)" du Collège Sutherland de Anvers;
20. un "Diplôme en Ostéopathie (DO)" de l'Institut William Garner Sutherland;
21. un "Diplôme en Ostéopathie" de l'Ecole Supérieure d'Ostéopathie;
22. un "Diploma of Osteopathy" du Flanders International College of Osteopathy;
23. un "Diploma Osteopaat D.O." du Nederlandse Academisch College voor Osteopathie;
24. un "Osteopaat D.O." de l'Institute William Garner Sutherland;
25. un "Bachelor of Science with Honours of Osteopathy" du British School of Osteopathy;
26. un "Diplôme d'Ostéopathe D.O." ou "Diploma Osteopaat D.O." de la Société Belge d'Ostéopathie;
27. un "Diplôme d'Ostéopathe D.O." du Collège Belge d'Ostéopathie;
28. un "Diplomierter Osteopath D.O." de l'Institut für angewandte Osteopathie;
29. un "Bachelor of Science in osteopathy" de l'University of Wales;
30. un "Diploma in Osteopathy" du British College of Osteopathic Medicine;
31. un "Diplôme universitaire d'Ostéopathie et Médecine manuelle" de l'Université de Paris-Nord;
32. un "Bachelor of Sciences with full honours in osteopathic medicine" de l'Université de Westminster.

Annexe V

**Le modèle biomécanique :**

Hruby R.J.,
Pathophysiologic models and the selection of osteopathic manipulative techniques, *The Journal of Osteopathic Medicine*, 1992; 6 (4): 25-30

Hruby R.J.,
Pathophysiologic models: aids to the selection of manipulative techniques, *The AAO Journal*, 1991; 1 (3): 8-10

Le modèle neurologique :

Celander E., Koenig A.J., Celander D.R.,
Effect of osteopathic manipulative therapy on autonomic tone as evidenced by blood pressure changes and activity of the fibrolytic system, *JAOA*, 1968; 67: 1037-8

Degenhardt B.F., Darmani N.A., Johnson J.C., Tows L.C., Rhodes D.C., Trinh C., McClanahan B., DiMarzo V.,
Role of osteopathic manipulative treatment in altering pain biomarkers: a pilot study, *JAOA*, 2007, 107 (9): 387-400

Donnerer J.
Nociception and the neuroendocrine-immune system. In: Willard F.H., Patterson M., editors. *Nociception and the Neuroendocrine-Immune Connection*. Indianapolis: American Academy of Osteopathy; 1992, p. 260-73

Emrich H.M., Millan M.J.,
Stress reactions and endorphinergic systems., *J Psychosom Res*, 1982; 26: 101-4

Ganong W.,
The stress response - a dynamic overview, *Hosp Prac*, 1988; 23 (6): 155-71

Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R.,
Stress and immune function in humans. In: Ader R., Felton D.L., Cohen N., editors. *Psychoneuroimmunology*. 2nd ed. San Deigo, CA: Academic Press; 1991, p. 849-95

McEwan B.,
Glucocorticoid-biogenic amine interactions in relation to mood and behavior, *Biochem Pharm*, 1987; 36: 1755-63

Van Buskirk R.L.,
Nociceptive reflexes and the somatic dysfunction: a model, *J Am Osteopath Assoc*, 1990, September 90 (9): 792-809

Willard F.H., Mokler D.J., Morgane P.J.,
Neuroendocrine-Immune System and Homeostasis. In: Ward RC, editor. *Foundations for Osteopathic Medicine*. 1st ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997, p. 107-35

Le modèle respiratoire-circulatoire :



Degenhardt B.F., Kuchera M.L.,
Update on osteopathic medical concepts and the lymphatic system, *J Am Osteopath Assoc*, 1996; 96:
97-100

Downey H.F., Durgam P., Williams A.G. Jr, Rajmane A., King H.H., Stoll S.T.,
Lymph flow in the thoracic duct of conscious dogs during lymphatic pump treatment, exercise, and
expansion of extracellular fluid volume, *Lymphat Res Biol.*, 2008; 6 (1): 3-13

Hodge L.M., King H.H., Williams A.G., Reder S.J., Belavadi T., Simecka J.W., Stoll S.T., Downey H.F.,
Abdominal Lymphatic Pump Treatment Increases Leukocyte Count and Flux in Thoracic Duct Lymph,
Lymphatic Research and Biolog, 2007, Vol. 5(2): 127-134

Schander A., Bearden M., Huff J., Williams Jr. A., Stoll S., Simecka J., King H., Downey H., Hodge L.,
Lymphatic pump treatment mobilizes leukocytes from the gut associated lymphoid tissue into
thoracic duct lymph, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 11(4): 149-149

van Dun P.L.S., Dillies P., Dobbelaere E., Inghelbrecht F., Van Eeghem P., Steyaert L., Danse L.,
Rosseel Y.,
Influence of a mobilization of the mesentery upon the capacity of the portal vein, reported by echo-
Doppler, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 2008; 11(4): 160-161

Le modèle bio-psychosocial :

Asmundson G.J.G., Wright K.D.,
Biopsychosocial Approaches to Pain; In: Hadjistavropoulos T., Craig K.D., editors, Pain: Psychological
Perspectives. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 2004

Drossman D.A.,
Biopsychosocial Issues in Gastroenterology. [Book chapter]. In press 2010

Engel G.L.,
The clinical application of the biopsychosocial model, *Am. J. Psychiatry*, 1980, 137: 535-44

Flor H., Hermann C.,
Biopsychosocial Models of Pain In: Dworkin R.H., Breitbart W.S., editors, Psychosocial Aspects of Pain: A
Handbook for Health Care Providers, Progress in Pain Research and Management. Seattle: IASP Press, 2004;
p. 47-76

Gatchel R.J.,
Co morbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective, *Am. Psychol.*,
2004; 59(8): 795-805

Melzack R.,
Pain and the neuromatrix in the brain, *J Dent Educ*, 2001; 65(12): 1378-82

Penney J.N.,
The biopsychosocial model of pain and contemporary osteopathic practice, *Int. Journal of Osteop. Med.*,
2010, 13: 42-47

Quintner J.L., Cohen M.L., Buchanan D., Katz J.D., Williamson O.D.,
Pain medicine and its models: Helping or hindering? *Pain Medicine*, 2008; 9(7): 824-34

**Le modèle bio-énergétique:**

Allen T.W., D'Alonzo G.E.,

Investigating the role of osteopathic manipulation in the treatment of asthma. *J Am Osteopath Assoc* 1993 June; 93(6): 654-6, 659

Norre M.E.,

Head extension effect in static posturography, *Ann Otol Rhino Laryngol*, 1995; 104: 570-3

Rimmer K.P., Ford G.T., Whitelaw W.A.,

Interaction between postural and respiratory control of human intercostal muscles, *J Appl Physiol*, 1995; 79 (5): 1556-61

Winter D.A., Patia A.E., Frank J.S., Wait S.E.,

Biomechanical walking pattern changes in the fit and healthy elderly, *Phys Ther*, 1990; 70 (6): 340-7



Annexe VI

Allen T.W., D'Alonzo G.E.,
Investigating the role of osteopathic manipulation in the treatment of asthma. *J Am Osteopath Assoc* 1993 June; 93(6): 654-6, 659

Andrews E.C.,
The application of osteopathic principles in the management of arthritis, *JAOA* 1956; 55(6): 355-7

Anderson R.E., Seniscal C.,
A comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches, *Headache*, 2006 September; 46(8): 1273-80

Andersson G.B.J., Lucente T., Davis A.M., Kappler R.E., Lipton J.A., Leurgans S.,
A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain, *N Engl J Med*, 1999, 341: 1426-1431

Arbuckle B.,
The CP Patient: I. Rehabilitation through occupational and manipulative therapy, *Journal of Osteopathy* 1962; 69(11): 24-39

Baird R.E., Cullom S., Deedman R., Feeney J., Kellogg J., Simning P.,
Osteopathic manipulation and tension-type headaches, *Am Fam Physician*, 1993, November 1; 48(6): 1023-4

Biondi D.M.,
Physical treatments for headache: a structured review, *Headache*, 2005, June; 45(6): 738-46

Biondi D.M.,
Cervicogenic headache: a review of diagnostic and treatment strategies, *J Am Osteopath Assoc*, 2005 April; 105(4 Suppl 2): 16S-22S

Bischoff A., Nürnberger A., Voight P., Schwerla F.,
Osteopathy alleviates pain in chronic non-specific neck pain: A randomized controlled trial, Abstracts ICAOR, *IJOM*, 2006, 9: 27-46.

Blood S.D., Hurwitz B.A.,
Brain wave pattern changes in children with ADD/ADHD following osteopathic manipulation: A pilot study, *American Academy of Osteopathy Journal*, 2000; 10(1): 19-20

Boesler D., Warner M., Alpers A., Finnerty E.P., Kilmore M.A.,
Efficacy of high-velocity low-amplitude manipulative technique in subjects with low-back pain during menstrual cramping [see comments], *J Am Osteopath Assoc*, 1993, February; 93(2): 203-4

Bonfort G., Assendelft W., Evans R., Haas M., Bouter L.,
Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review, *Journal of Osteopathic Medicine (Australia)* 2001; 4(2): 66



Cameron M.,

A financial analysis of osteopathic manual therapy as adjunct to typical medical care in an Indonesian hospital, *Majalah Kerdokteran Indonesia* 2000; 50(12): 549-54.

Carey T.S., Motyka T.M., Garrett J.M., Keller R.B.,

Do osteopathic physicians differ in patient interaction from allopathic physicians? An empirically derived approach, *J Am Osteopath Assoc*, 2003, July; 103(7): 313-8

Carreiro J.E.,

Osteopathic evaluation of 1600 neonates. 1993, Unpublished Work

Celander E., Koenig A.J., Celandor D.R.,

Effect of osteopathic manipulative therapy on autonomic tone as evidenced by blood pressure changes and activity of the fibrolytic system, *JAOA*, 1968; 67: 1037-8

Cipolla V.T., Dubrow C.M., Schuller E.A.,

Preliminary study: An evaluation of the effects of osteopathic manipulative therapy on intraocular pressure, *JAOA*, 1975; 74: 433-7.

Clymer D.H., Levin F.L., Sculthorpe R.H.,

Effects of osteopathic manipulation on several different physiologic functions: Part III. Measurement of changes in several different physiological parameters as a result of osteopathic manipulation, *JAOA*, 1972; 72: 204-7

Degenhardt BF, Kudo S., Efficacy of osteopathic evaluation and manipulative treatment in reducing the morbidity of otitis media in children, *JAOA*, 1994; August: 673.

Fitzgerald M., Stiles E.,

Osteopathic hospital's solution to DRG's may be OMT, *DO*, 1984; 97-101

Gamber R.G., Shores J.H., Russo D.P., Jimenez C., Rubin B.R.,

Osteopathic manipulative treatment in conjunction with medication relieves pain associated with fibromyalgia syndrome: results of a randomized clinical pilot project, *JAOA*, 2002; 102(6): 321-5.

Gerhardt K., Montag G., Ruetz M., Schwerla F.,

Osteopathic treatment of women suffering from urinary incontinence following an injury to the perineum during delivery: A randomized controlled trial, Abstracts ICAOR, *IJOM*, 2008, 11: 158

Grimshaw D.N.,

Cervicogenic headache: manual and manipulative therapies, *Curr Pain Headache Rep*, 2001, August; 5(4): 369-75.

Greenman P.E., McPartland J.M.,

Cranial findings and iatrogenesis from cranosacral manipulation in patients with traumatic brain syndrome, *J Am Osteopathic Assoc*, 1995; 95: 182-91

Hart L.G., Deyo R.A., Cherkin D.C.,

Physician office visits for low back pain: frequency clinical evaluation and treatment patterns, *Spine*, 1995; 20(1): 11-9



Hoving J.L., de Vet H.C., Koes B.W., Mameren H., Deville W.L., van der Windt D.A., et al.
Manual therapy, physical therapy, or continued care by the general practitioner for patients with neck pain: long-term results from a pragmatic randomized clinical trial, *Clin J Pain*, 2006; 22: 370-377

Howell R.K., Allen T.W.,
The influence of osteopathic manipulative therapy in the management of patients with chronic lung disease, *JAOA*, 1974; 75: 757-60

Huff J., Schander A., Stoll S., Simecka J., Downey H., King H., Hodge L.,
Lymphatic pump treatment enhances immunity and reduces pulmonary disease during experimental pneumonia infection, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 11(4): 150-150

Hundscheid H.W.C., Pepels M.J.A.E., Engels L.G.J.B., Loffeld R.J.L.F.,
Treatment of irritable bowel syndrome with osteopathy: Results of a randomized controlled pilot study, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2007

Kaschowitz G., Besse J.P., Schweing G.,
Osteopathic treatment for uterine leiomyomas: a randomized controlled clinical trial, Dissertation, 2005

Korthals-de Bos IBC, Hoving JL, van Tulder MW, Rutten van Mólken MPMH, Adèr H, de Vet HCW, Koes BW, Vondeling H et Bouter LM,
Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy and general practitioner care for neck pain: an economic evaluation alongside a randomised controlled trial, *BMJ*, 2003; 326: 911-6

Lewis M.A.,
Colorado Workers compensation Annual report presented to the Colorado General Assembly. workers Compensation. Colorado: State forms-Central Stores, 1993, Report No.: 395-10-09-0440

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

Malone D.G., Baldwin N.G., Tomecek F.J., et al.,
Complications of cervical spine manipulation therapy: 5-year retrospective study in a single-group practice, *Neurosurg Focus*, 2002, December 15; 13(6): ecp1.

Marx S.,
Does osteopathic treatment have an influence on the symptoms of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CPPS)? A randomized controlled trial, Abstracts ICAOR , *IJOM*, 2006, 9: 27-46

Mills M.V., Henley C.E., Barnes L.L.B., Carreiro J.E., Degenhardt B.F.,
The use of Osteopathic Manipulative Treatment as Adjuvant Therapy in Children With Recurrent Acute Otitis Media, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2003, 157: 861-866

Misko I.S.,
The evaluation of intraocular tension following osteopathic manipulation, *JAOA*, 1981; 80: 750



Noll D.R., Shores J., Bryman P.N., Masterson E.V.,
Adjunctive osteopathic manipulative treatment in the elderly hospitalized with pneumonia: A pilot study, *JAOA*, 1999; 99(3): 143-52

O'Neal M.L.,
The pediatric spine: anatomical and dynamic considerations preceding manipulation, *Compr Ther*, 2003; 29(2-3): 124-9

Pasquarello G., Johnson K.,
Cervical Spine Manipulation, *American Osteopathic Association*, 2004

Philippi H., Faldum A., Schleupen A., Pabst B., Jung T., Bieber I., Kaemmerer C., Dijs P., Reitter B.,
Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: a randomized therapeutic trial, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2006, 48: 5-9

Schander A., Bearden M., Huff J., Williams Jr. A., Stoll S., Simecka J., King H., Downey H., Hodge L.,
Lymphatic pump treatment mobilizes leukocytes from the gut associated lymphoid tissue into thoracic duct lymph, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 11(4): 149-149

Shekelle P.G., Coulter I.,
Cervical spine manipulation: summary report of a systematic review of the literature and a multidisciplinary expert panel, *J Spinal Disord*, 1997, June; 10(3): 223-8

Stoll S.T., Mitra M.,
Post-traumatic headache of cervical origin, *The AAO Journal*, 2002; 12(3): 38-41

Sucher B.M.,
Palpatory diagnosis and manipulative management of carpal tunnel syndrome [see comments], *J Am Osteopath Assoc*, 1994 August; 94(8): 647-63.

Sucher B.M.,
Palpatory diagnosis and manipulative management of carpal tunnel syndrome: Part 2. 'Double crush' and thoracic outlet syndrome, *J Am Osteopath Assoc*, 1995 August; 95(8): 471-9

Sucher B.M., Hinrichs R.N.,
Manipulative treatment of carpal tunnel syndrome: biomechanical and osteopathic intervention to increase the length of the transverse carpal ligament [see comments]. *J Am Osteopath Assoc*, 1998, December; 98(12): 679-86

Stevinson C., Honan W., Cooke B., Ernst E.,
Neurological complications of cervical spine manipulation, *J R Soc Med*, 2001, March; 94(3): 107-10

UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ*. 2004, 329: 1381

van Dun P.L.S., Dillies P., Dobbelaere E., Inghelbrecht F., Van Eeghem P., Steyaert L., Danse L., Rosseel Y.,
Influence of a mobilization of the mesentery upon the capacity of the portal vein, reported by echo-Doppler, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 11(4): 160-161



Wells M.R., Giantinoto S., D'Agate D. et al.,
Standard osteopathic manipulative treatment acutely improves gait performance in patient's with parkinson's disease, *JAOA*, 1999; 99(2): 92-8

Williams N.H., Wilkinson C., Russell I., Edwards R.T., Hibbs R., Linck P., Muntz R.,
Randomized osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care, *Family Practice*, 2003; 20(6): 662-9

Williams N.H., Edwards R.T., Linck P. et al.,
Cost-utility analysis of osteopathy in primary care: results from a pragmatic randomized controlled trial, *Family Practice*, 2004, December; 21(6): 643-50



Annexe VII

Les techniques diagnostiques les plus utilisées par l'ostéopathe sont les suivantes :

- Inspection.
- Range Of Motion (ROM).
- Examens orthopédiques classiques.
- Examens neurologiques classiques.
- Percussion et auscultation.
- Palpation (de la position et du mouvement).
- Tender Points (technique Jones) et points de Trigger.
- Contrôle des fonctions musculaires.
- Contrôle fascia.
- Contrôle de la mobilité viscérale.
- Contrôle crânien (neuro- en viscérocranium).
- Contrôle des réflexes neuro-lymphatiques.

Les contrôles suivants sont importants lors de l'évaluation d'un dysfonctionnement somatique :

- Bilan morphologique statique et dynamique (complété d'une évaluation quantitative et qualitative de la mobilité).
- Evaluation de la fonction.
- Evaluation des zones de douleur.
- Evaluation de l'asymétrie.
- Evaluation des changements du tissu.

Le traitement est principalement composé de techniques manuelles comme :

- Techniques structurales "High Velocity Low Amplitude" (HVLA).
- "Muscle Energy Techniques" (MET) (techniques basées sur des réflexes neuromusculaires).
- Mobilisations générales ostéopathiques.
- Techniques fonctionnelles (Sutherland, Hoover, Jones, ...) y compris des techniques d'inhibition.
- Techniques faciales (myofascial release, Chila, "unwinding" ...).
- Techniques sur les parties sensibles et tissus conjonctifs (stretching des muscles et du tissu conjonctif, friction ...).
- Techniques réflexes neuro-viscérales et neuro-lymphatiques.
- Techniques des fluides (techniques lymphatiques, ...).
- Manipulations viscérales.
- Techniques neuro-crâniennes et viscérocrâniennes.