

Août | 2010

Profil de Compétences Professionnelles Ostéopathie

Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl
GNRPO 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.

Editeurs responsables

Ruwet Jean, DO président GNRPO asbl
Dobbelaere Eric, DO secrétaire GNRPO asbl
van Dun Patrick, DO auteur

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 :

van Dun P.L.S. (éd.) 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 Historique.....	2
1.2 La portée du PCP pour l'ostéopathie	3
1.3 Utilité du PCP ostéopathie	4
1.4 Positionnement du PCP ostéopathie et objectifs futurs.....	5
1.5 Contenu du PCP ostéopathie	6
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.....	9
4. Principes et identité de l'ostéopathie	9
5 La place de l'ostéopathie dans les soins de santé belges.....	12
6 Comment se déroule une consultation ostéopathique ?.....	14
6.1 Anamnèse	14
6.2 Examen ostéopathique clinique	14
6.3 Un traitement ostéopathique	15
6.4 Révision permanente du diagnostic et du traitement.....	16
7 Indications et contre-indications dans la pratique ostéopathique.....	16
7.1 Quand un traitement ostéopathique est-il indiqué ?.....	16
7.2 Contre-indications.....	17
7.2.1 Techniques directes.....	17
7.2.2 Techniques indirectes.....	18
8 Compétences.....	19
9 Praticien débutant	33
9.1 Définition	33
9.2 Compétences de l'ostéopathe débutant	33
9.3 Compétences à acquérir	33
10 Développements futurs en ostéopathie.....	34
Littérature consultée	35
Remerciements	37
Annexe I.....	38
Annexe II.....	40
Annexe III.....	41
Annexe IV	43
Annexe V	44
Annexe VI	47
Annexe VII	53

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 son contenu.

En août 2010, le document a été accepté par quatre des cinq unions professionnelles, membres du GNRPO asbl. Seul le ROB rejette 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 :

ABOC - BAKO :

- Maurits Roothoof, DO
- Dirk Segers, DO

ROB :

- Philippe 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 Historique

L'ostéopathie est une forme de médecine qui est pratiquée de manière différente dans le monde entier. Rien qu'aux Etats-Unis, 59.936¹ 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.

Quand on reprend, par exemple le nombre de membres faisant partie des deux plus importantes associations européennes (European Federation of Osteopaths (EFO)² et European Register for Osteopathic Physicians(EROP)³, on compte environ 10.700 ostéopathes professionnels. Du fait que dans beaucoup de pays européens, il existe différentes organisations professionnelles d'ostéopathie et que toutes ces organisations ne sont pas affiliées aux associations européennes citées plus haut, nous constatons que, déjà uniquement pour la France, le nombre d'ostéopathes dépasse le chiffre donné de 10.700.

En Belgique, l'ostéopathie est une petite catégorie professionnelle 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 praticien de médecine non conventionnelle, 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 leurs 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 % en 2005.

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

¹ **American Osteopathic Association AOA**, Osteopathic Medical Profession Report 2008, http://www.osteopathic.org/index.cfm?PageID=aoa_ompreport_us#50 [21.05.2009].

² <http://www.efo.eu/portal/>.

³ <http://www.erop.org/>.

⁴ Nous avons uniquement tenu compte des ostéopathes professionnels qui sont membres d'une union professionnelle faisant partie du Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie asbl (GNRPO asbl). Il existe également en Belgique un nombre réduit d'ostéopathes qui ne sont membres d'aucune union professionnelle. Pour être complet, nous tenons aussi compte des membres de l'Union des kinésithérapeutes et ostéopathes diplômés (UKO) qui autorise le cumul de la kinésithérapie et de l'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.



consommateur, l'ostéopathie se trouve bien au-delà des autres thérapies, y compris la médecine conventionnelle (médecins traitants et spécialistes) :

- 88 % de satisfaction pour la possibilité d'exposer le problème au thérapeute.
- 87 % de satisfaction pour le temps consacré pendant un traitement.
- 87 % des patients sont satisfaits de l'information reçue sur les causes de leur problème.

Bien que les auteurs expriment une certaine réserve par rapport à l'efficacité réelle d'une telle médecine, 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 est extrêmement importante. L'affiliation individuelle de l'ostéopathe auprès d'une union professionnelle reconnue 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 reconnues par le conseil d'Etat. 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 œuvre 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 compétences spécifiques. L'objectif est d'encadrer explicitement l'ostéopathie et de situer cette thérapie dans le paysage médical. Il garantit l'unité de la profession dans 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 de rédiger ce profil de compétences professionnelles pour l'ostéopathie doit être placée dans un contexte de recherche de qualité des soins ostéopathiques et d'une plus grande professionnalisation de 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, et se concentre donc sur la situation belge.

Dans la pratique, il arrive que certains ostéopathes s'intéressent à des groupes-cibles spécifiques (p.ex. les enfants, les sportifs de haut niveau ...) ou à des techniques ostéopathiques spécifiques. L'ostéopathe acquiert cette compétence spécifique en continuant à se former et à force de pratique professionnelle. Cette compétence spécifique ne fait pas partie de ce PCP.

La description de l'exercice professionnel de ce PCP va de pair avec la description de la formation de base de l'ostéopathe et décrit donc les exigences minimales auxquelles il faut répondre pour pouvoir exercer.

⁷ <http://www.forewards.eu/>.

⁸ <http://www.woho.org/>.



1.3 Utilité du PCP ostéopathie

Le PCP ostéopathie livre sa contribution à la *professionnalisation* du métier. Il contribue à faire connaître et à mieux comprendre l'ostéopathie, à garantir et à contrôler sa qualité et à renforcer l'identité de l'ostéopathe.

Le PCP peut spécifiquement être mis en avant de la manière suivante :

En Belgique, la profession d'ostéopathe n'est pas encore réglementée. La loi Colla du 29.04.1999⁹ concernant les médecines non conventionnelles, dont l'ostéopathie fait partie, est restée lettre morte à ce jour. Cela signifie que la profession d'ostéopathe ainsi que l'ostéopathe individuellement 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 dans 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 l'institut 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 établi 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 pour également introduire une formation universitaire en ostéopathie 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).

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 professions sont, par commodité, placées dans la catégorie "médecine manuelle". A côté de l'ostéopathie, on retrouve, entre autres, la médecine manuelle au sens strict, la thérapie manuelle, la chiropractie et la kinésithérapie.

L'ostéopathie est souvent confondue avec l'une ou l'autre de ces médecines manuelles. Il est nécessaire de distinguer clairement l'ostéopathie des autres catégories professionnelles.

Le PCP peut ici contribuer à plus de clarté.

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>.



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 peut s'agir d'un code de déontologie, des conditions d'installation d'un cabinet, des normes de contrôle et de Peer review, 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 de source d'information sur la profession pour les futurs praticiens, pour les praticiens de professions connexes ainsi que pour les patients. Le PCP peut également jouer un rôle pour l'harmonisation de l'exercice de la profession au niveau international.

1.4 Positionnement du PCP ostéopathie et objectifs futurs

Ce profil donne une représentation de la profession d'un ostéopathe en 2010.

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

Dans une société en constant changement et étant donné la vitesse à laquelle évolue notre profession et son exercice, force est de constater que ce profil n'est qu'une représentation momentanée. Il faudra continuellement remettre en question sa validité et sa valeur dans la pratique, en se basant sur les nouvelles conceptions et les changements dans l'exercice de la profession. 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 ait été préparé en étroite collaboration avec les représentants du monde académique, il n'a pas atteint un consensus sur tous les points et reste avant tout un exercice de groupe professionnel pour décrire la profession d'ostéopathe en Belgique.

La profession a donc aussi 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 compétences terminales sont très importantes car elles peuvent être considérées comme la base élémentaire des compétences de l'ostéopathe et vont de pair avec la mise en place d'un programme d'enseignement ciblé.

Pour le futur, nous pouvons avancer les buts suivants dans la poursuite de l'élaboration de ce profil et des compétences terminales :

- Adaptation des compétences terminales au profil de compétences ;
- Compléter les lacunes des compétences terminales;
- Actualisation des compétences terminales;
- Actualisation du profil de compétences.

Le PCP est aussi en accord avec le document européen "Scope of Osteopathic Practice in Europe", qui, sous les auspices de la FEO et du FORE, a été élaboré presque en même temps que le PCP, avec notamment la collaboration d'un représentant du GNRPO asbl.



1.5 Contenu du PCP ostéopathie

Le PCP est construit comme suit : après l'introduction expliquant pourquoi et comment ce PCP a été conçu, le chapitre 2 parle de l'essence de la profession. La situation historique (chapitre 2) est décrite pour, par plusieurs définitions de l'ostéopathie (chapitre 3), comprendre les concepts et les l'identité 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 en ostéopathie pour ensuite dans le chapitre 7 aborder les indications et contre-indications de la pratique. 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 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 est 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^{ème} 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 drogues. 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 remplacer les organes défailants, 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 utilisation 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 shawnee ainsi que les animaux produits de sa chasse. Il étudie également la médecine shawnee 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 surviennent lorsqu'un blocage empêche la bonne

¹² Prédicateur méthodiste.



circulation sanguine. Les contractures musculaires et les déplacements d'articulations sont responsables de la mauvaise circulation de ce fluide vital. Still confirme ses théories par ses résultats cliniques et non par la méthode expérimentale. Rejeté par ses pairs, il crée le premier collège d'ostéopathie à Kirksville en 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).

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 leur pratique et leur 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 évolutions, les collèges d'ostéopathie délivrent le même enseignement que les écoles de médecine.

A ce jour il y a 23 COM (College of Osteopathic Medicine) qui ont formé environ 60.000 DO. Ils font partie intégrante de la médecine de première ligne et peuvent se spécialiser dans différentes branches 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, l'approche manuelle de l'ostéopathie, rallie de plus en plus de partisans.

2.2 L'Europe

En Europe et dans le reste du monde, l'ostéopathie a connu une évolution fort 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 A. T. Still pour se faire soigner. Il est impressionné par son rapide rétablissement. Still lui offre un poste de professeur en médecine générale et Littlejohn décide de devenir ostéopathe. Il s'inscrit au collège de Kirksville et en devient rapidement le doyen. Il entre en conflit avec Still sur les matières de base à enseigner. En 1900, Littlejohn crée le Collège d'ostéopathie à Chicago. En 1913, Littlejohn retourne en Angleterre et en 1917, il fonde la "British School of Osteopathy".

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

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

2.3 La Belgique

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



En 1976 la première formation à temps partiel en ostéopathie est ouverte à Bruges par l' "Institut William Garner Sutherland" (IWGS) qui deviendra ensuite le "Sutherland College of Osteopathic Medicine" (SCOM) et qui ouvrira une branche néerlandophone en 1985.¹³

En 1986, la première union professionnelle, la Société Belge d'Ostéopathie (SBO) est créée, résultat de la fusion de deux associations pionnières : la Société Belge d'Ostéopathie et de Recherche en Thérapie Manuelle (SBO-RTM)¹⁴ et l'Association Belge d'Ostéopathie (ABO)¹⁵. La même année, l'Académie Belge d'Ostéopathie est formée.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. Mais cette tentative n'aboutit pas et le cours ne conduira jamais à un diplôme universitaire. Il est devenu le Cours Ostéopathie Cursus (COC), un enseignement privé, actuellement dénommé Collège Belge d'Ostéopathie (CBO). D'autres enseignements privés voient aussi le jour : le JWIAO en 1988, l'IAO en 1989 et le FICO en 1993¹⁷. Leurs diplômés fondent à leur tour de nouvelles unions professionnelles, ce qui va diviser 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 l'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. Leur but, avec comme devise "l'union fait la force", est de répondre au besoin de développer la profession sur des bases solides et larges¹⁸.

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 se portent 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.

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 remplacé par une préformation (para)médicale suivie d'une formation à temps partiel en ostéopathie.

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

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

¹⁶ Les critères de l'enseignement ostéopathique tels qu'ils sont, entre autres, énoncés par l'Académie d'Ostéopathie de Belgique 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.



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

“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. Principes et identité 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 à ce jour être considérés comme exclusifs à l'ostéopathie, ils appartiennent néanmoins à son cadre conceptuel. Il faut peut-être voir la différence dans la manière dont ces principes s'articulent et avec quelle efficacité ils sont appliqués dans la pratique quotidienne.

En ce qui concerne l'interrelation entre la structure et la fonction, nous stipulons que l'approche ostéopathique est basée sur cinq modèles de relations “structure/fonction”, elle ne se limite donc pas seulement 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 toute la physiologie du corps. L'ostéopathie reconnaît que chaque corps humain est construit avec les mêmes composants et leurs fonctions 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 structure/fonction accompagnent l'ostéopathe lors du traitement du patient. Il va de soi qu'il est important qu'une connaissance approfondie du mécanisme physiologique de ces modèles, doive être abondamment abordée dans le curriculum ostéopathique.



Ces modèles sont²⁰ :

- **Le modèle biomécanique** : Dans ce modèle, le corps est considéré comme un ensemble de composants somatiques, qui forme 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 et un changement du métabolisme. Le traitement ostéopathe dans ce modèle, utilise des techniques manuelles qui conduisent au rétablissement de la posture et de l'équilibre et à une utilisation optimale du système musculo-squelettique.
- **Le modèle neurologique** : Le modèle neurologique se penche sur 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 la douleur) sur le fonctionnement du système immunitaire neuroendocrinien. La connexion entre le système musculo-squelettique et viscéral par le biais du système nerveux végétatif est d'une grande importance. Un traitement ostéopathe 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 circulation libre des fluides corporels peut influencer l'état sanitaire du tissu. Un traitement ostéopathe dans ce modèle vise les dysfonctionnements dans la mécanique respiratoire, la circulation et l'apport de fluides corporels.
- **Le modèle biopsychosocial** : Dans ce modèle, on examine les différentes réactions et le stress psychologique des patients. 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 bioénergétique** : 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 ostéopathe dans ce modèle vise ce dysfonctionnement qui pourrait 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

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

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

²² Par Holisme nous entendons : l'idée lancée au début du siècle passé 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 termes d'entités organiques et non en termes d'éléments physico-chimiques, comme le préconise le



salutogénétique²³ et/ou hygiogénétique²⁴ ne sont pas exclusifs à cette profession et peuvent être groupés respectivement sous le principe d'unité et de puissance d'auto régulation.

L'ostéopathie est un système complet de soins de santé principalement manuel, 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 celle-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 œuvre ne définit pas d'office l'ostéopathie en soi. 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, par son processus de réflexion ostéopathique et sa mise en œuvre, 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 "toucher ostéopathique"²⁵, qui, indépendamment des techniques manuelles, est considéré comme relativement spécifique à cette profession.

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.

Mécanicisme. Le postulat parlant d'une force 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. Son comportement est déterminé à chaque niveau par des lois scientifiques qui ne peuvent pas être simplement ramenées aux lois qui déterminent les éléments constitutifs. L'étude des niveaux inférieurs est nécessaire mais pas suffisante pour la compréhension des niveaux plus élevés. A chaque niveau de complexité 'apparaissent', 'se révèlent' de 'nouvelles' propriétés, les propriétés **émergentes**.

Les organismes vivants les recherchent pour réaliser et maintenir cet ensemble normal, les écarts sont compensés autant que possibles, comme on le voit durant l'embryogénèse et dans l'homéostasie physiologique (Willemsen H. (réd.), *Woordenboek filosofie: lemma Vitalisme-mechanicisme debat*, Assen, Van Gorcum, 1992, p. 457-461).

²³ La salutogénèse, telle que formulée par le sociologue israélien Aaron Antonovsky, peut être considérée comme le pendant de la "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 d'hygiogénèse est également le pendant de la pathogénèse et définit le concept comme l'activation des forces auto-guérisantes.

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



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 œuvre pratique déterminent son identité.

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

La profession a pour volonté, pour l'élargissement des indications de l'ostéopathie, de rassembler suffisamment de preuves pour offrir un reflet plus fidèle de ce que nous pouvons expérimenter en tant qu'ostéopathes dans notre pratique quotidienne.

Nous pouvons dire que l'ostéopathe réalise une prise en charge tant diagnostique que thérapeutique en première ligne. Il a un rôle déterminant dans le maintien ou le rétablissement de la santé et il agit en relation étroite avec le patient, c'est-à-dire par le toucher. Il y associe un traitement technique manuel qui vise le rétablissement de la fonction perdue et ce à tous les niveaux du corps.

5 La place de l'ostéopathie dans les soins de santé belges

Malgré 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. C'est la place que revendiquent les professionnels.²⁶

La consultation chez un ostéopathe ne nécessite pas d'ordonnance du médecin traitant ou d'un spécialiste.

Si possible, l'ostéopathe travaille en collaboration avec les médecins, les spécialistes et/ou autres disciplines du secteur des soins de santé, pour autant que le patient l'autorise.

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

Quelle place occupe l'ostéopathie au sein de la santé publique de première ligne ?

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



L'ostéopathie peut être considérée tant complémentaire qu'alternative²⁷ à un traitement médical standard.

Le rôle de l'ostéopathie dans la médecine curative est souligné parce qu'elle participe au traitement des troubles musculo-squelettiques, des troubles non-musculo-squelettiques et 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 utile. Ci-dessous, quelques exemples de motifs pour lesquels un patient consulte un ostéopathe (cette liste est donnée à titre informatif et ne se prétend pas du tout exhaustive) :

- Les plaintes liées au système locomoteur et neurologique comme : la douleur, l'inconfort et la diminution des fonctions musculaire, articulaire et de leurs structures associées.
- Les chutes, les entorses, les blessures, les effets d'un comportement inadapté provoquant une tension, un stress émotionnel, une céphalée.
- Une 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 pour la récupération post-opératoire.
- Les plaintes dues au sport, y compris des sportifs de haut niveau.
- Les motifs liés à la grossesse, la naissance et l'enfance.
- Parfois le patient ne sait pas ce qui ne va pas mais ne se sent pas bien. Il est "mal dans sa peau" ou éprouve un inconfort qu'il n'avait pas précédemment.

Des études récentes ont pu montrer l'effet de l'ostéopathie dans le traitement de plusieurs problèmes 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 et la progression de la maladie, et aussi prévenir les maladies chroniques. Quand un dysfonctionnement chez un patient peut être considéré comme signe avant-coureur d'une pathologie, il est clair que l'ostéopathie joue un rôle important dans la médecine préventive. La fonction de prévention de l'ostéopathie est déterminée par sa vision de la santé et de la maladie comme étant des phénomènes graduels. 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 exerce en cabinet privé individuellement ou en partenariat avec d'autres praticiens. Il peut aussi travailler dans un hôpital ou dans tout autre établissement de soins.

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.

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



L'ostéopathe ne revendique pas une compétence complète sur tous les terrains de la santé et de la maladie. Il travaille par contre dans 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 est totalement indépendant dans l'exercice de sa profession. Sa pratique est à la fois diagnostique et thérapeutique. De par sa formation en neurologie, en pathologie de l'appareil locomoteur, mais aussi en sémiologie générale (afin d'exclure les pathologies qui ne relèvent pas directement de sa compétence), l'ostéopathe est un praticien de santé à haut niveau de responsabilité qui travaille dans les soins de santé de première ligne. Il connaît les possibilités et les limites de sa profession et sait en tirer les conséquences nécessaires.

6 Comment se déroule une consultation ostéopathique ?

Les ostéopathes exercent une profession manuelle avec une dextérité spécifique. Le traitement est basé sur un diagnostic établi suite à une anamnèse détaillée, un examen clinique classique, complété d'un examen palpatoire spécifique de l'individu, où l'ostéopathe est attentif aux pertes de mobilité à tous les niveaux du corps. Si besoin est, ce diagnostic est complété par des examens cliniques ou para cliniques.

6.1 Anamnèse

En questionnant le patient, l'ostéopathe se fait une idée du ou des problèmes exposés et de leur cause possible. Il interroge aussi le patient en détails sur ses antécédents médicaux afin de dresser un bilan de sa santé générale.

Il prête attention aux influences de l'environnement physique et mécanique (p.ex. les traumatismes, la grossesse et l'accouchement, le type de travail, les activités sportives, etc.). En dirigeant bien ses questions, l'ostéopathe peut exclure des pathologies potentiellement graves (red and yellow flags)²⁹ et approfondir l'éventail des diagnostics différentiels. Une bonne anamnèse permet à l'ostéopathe d'effectuer un examen clinique ciblé et l'informe aussi sur la douleur que le patient éprouve.

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

6.2 Examen ostéopathique clinique

L'examen ostéopathique clinique est généralement composé d'une combinaison de techniques manuelles d'examen spécifiques à l'ostéopathie et de techniques d'examen cliniques également utilisées par d'autres professions 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. Il envoie éventuellement un rapport au médecin traitant qui centralise le dossier du patient.

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



Et c'est l'ensemble de ces informations qui conduira à un diagnostic³⁰ et un plan de traitement en concertation avec le patient.

6.3 Un traitement ostéopathique

Un traitement ostéopathique vise à restaurer 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, on peut utiliser les manipulations (HVLA)³¹, les impulsions, les contractions musculaires (MET)³², les mobilisations fasciales, les 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, des pressions, des phases de la respiration, des corrections posturales, etc.

Les techniques ostéopathiques peuvent être appliquées à différents niveaux du corps. Elles peuvent, par exemple, être utilisées au niveau des tissus mous comme les muscles et les ligaments articulaires; il peut s'agir de l'application spécifique d'un mouvement ou d'un positionnement des articulations afin d'augmenter ou d'améliorer la mobilité ; de manipulations articulaires rapides spécifiques et contrôlées ; de techniques manuelles pour influencer la fonction des organes, ... (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, l'état de 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 déroulement du traitement global sont spécifiques pour chaque patient.

Dans le cadre d'un traitement ostéopathique, une attention toute particulière est portée à l'hygiène de vie et à la prévention. En outre, l'ostéopathe agit selon des règles éthiques et déontologiques, comme c'est le cas pour les autres formes de médecine, et dans une perspective humaniste.

Il est important que le patient soit informé pendant toute la durée de la consultation de manière compréhensible sur le diagnostic, le plan de traitement et les possibilités alternatives de traitement. Le patient est informé des risques et des effets secondaires possibles, et de l'évolution escomptée et de la durée du traitement. Le consentement du patient est sollicité avant le début du traitement.

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 ne donnera pas un diagnostic préétabli.

³¹ High Velocity Low Amplitude.

³² Muscle Energy Technique.



6.4 Révision permanente du diagnostic et du traitement

A chaque traitement ultérieur, on interrogera d'abord le patient sur l'évolution de son problème et s'en suivra un nouvel examen clinique. Après chaque traitement, le changement est vérifié et le diagnostic de travail initial est réévalué.

La durée du traitement et la fréquence des visites dépendent de chaque patient et du motif de consultation. Le patient doit en être systématiquement informé. Il en est de même pour les changements éventuels dans le diagnostic, dans le plan de traitement, pour les examens cliniques complémentaires et/ou le renvoi nécessaire vers un autre thérapeute.

7 Indications et contre-indications dans la pratique ostéopathique³³

7.1 Moment d'un traitement ostéopathique approprié

Un traitement ostéopathique est indiqué quand il y a une dysfonction somatique cliniquement significative.

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

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

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 pour une manipulation d'une certaine partie du corps n'exclut pas un traitement ostéopathique dans une autre partie du corps. De même qu'une contre-indication pour un traitement spécifique n'exclut pas non plus une autre technique plus adéquate pour la même situation clinique.

Voici un exemple concret afin d'illustrer cela : 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 aurons atteint le même résultat - d'utiliser une technique MET, où l'on fait appel à l'action musculaire 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.

En 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 ou techniques basées sur l'arc réflexe (Sutherland, Hoover et Jones).

³³ Basé sur le WHO (OMS): Benchmarks for training in osteopathy, 2010.



7.2 Contre-indications

Le refus ou l'absence de consentement du patient (oralement ou par écrit) pour certaines techniques est une contre-indication absolue.

7.2.1 Techniques directes

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

- Problèmes d'hémorragie incontrôlée ou présumée
- Problèmes de coagulation
- Traitement par anticoagulants sans données récentes du labo
- Pathologie du tissu conjonctif congénitale ou développée
- Instabilité articulaire ou ligamentaire des os ou des tendons, causée par une pathologie métabolique, des métastases, de pathologies rhumatismales, la tuberculose des os, etc.

7.2.1.2 Les contre-indications relatives aux techniques directes :

- Ostéopénie
- Ostéoporose
- Enfant pré pubère
- Personnes âgées

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

- Anévrisme de l'aorte
- Hydrocéphalie aiguë
- Hydrocéphalie sans cause connue
- AVC aigu
- Ischémie cérébrale aiguë
- Malformations artério-veineuses
- Anévrisme cérébral
- Cholécystite aiguë avec suspicion de fuite ou de rupture
- Appendicite aiguë avec suspicion de fuite ou de rupture
- Hernie discale aiguë à évolution neurologique progressive
- Souffrance vasculaire évidente :
 - Bruit carotidien
 - Bruit aortique
 - Bruit oculaire
- Suspicion d'arteria vertebralis compromise
 - Syncope
 - Vertiges
 - Anomalies congénitales connues
- Syndrome aigu de la queue de cheval
- Implant de cristallin (période postopératoire précoce)
- Glaucome non maîtrisé
- Néoplasme



- Suspicion ou risque de pathologie osseuse, comme : ostéomyélite, tuberculose osseuse, etc.

7.2.1.4 Les contre-indications absolues pour les techniques directes, en particulier les HVLA ou les impulsions appliquées à une structure locale :

- Techniques spécifiques au niveau du matériel d'ostéosynthèse interne
- Instabilité d'un os ou d'une articulation en relation avec des métastases, des affections rhumatismales, la tuberculose osseuse, l'arthrite suppurante, l'arthrite septique, l'ostéomyélite, etc.
- Fractures aiguës et pseudarthrose
- Hématomes osseux ou intramusculaires.

7.2.1.5 Les contre-indications relatives pour les techniques directes, en particulier les HVLA ou les impulsions 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 Les contre-indications absolues pour les techniques indirectes appliquées à une structure locale :

- Hydrocéphalie aiguë d'origine inconnue
- AVC aigu (hypoxie ou ischémie)
- Hémorragie cérébrale aiguë
- Suspicion de malformations artério-veineuses
- Anévrisme cérébral
- Péritonite aiguë
- Appendicite aiguë ou autres maladies viscérales avec suspicion de fuite ou rupture
- Traumatisme crânien (commotion cérébrale) avec suspicion de traumatisme interne.

7.2.2.2 Les contre-indications relatives pour les 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, de praticien de santé, d'étudiant, de défenseur de la santé, de manager et de professionnel.

Etant 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 requis de l'ostéopathe afin de remplir un certain rôle. En considérant les compétences comme un comportement requis 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 requis.
- A 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 la 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 d'information pour des Managers en Ressources Humaines, 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 à 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 avoir ce comportement, il a besoin des connaissances et des attitudes sous-jacentes.

³⁴ Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen



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

Rôle	Compétences de l'ostéopathe
Expert ostéopathe	<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 de 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 renseignements pertinents et les attentes du patient et éventuellement de sa famille, collègues et personnes d'autres disciplines du secteur de la santé;▪ Communique minutieusement les informations 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 des personnes intéressées, des étudiants, des 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 en tant que professionnel;▪ 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 privé, son partenariat et/ou son service;▪ Organise son cabinet et sa carrière;▪ S'organise administrativement et financièrement;▪ 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 mène 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 ostéopathique.
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 les informations importantes des antécédents médicaux du patient et d'interpréter toute information pertinente provenant d'examens cliniques et para cliniques; ▪ Exclut les contre-indications pour un traitement; ▪ Prescrit le cas échéant de manière adéquate, éthiquement responsable et efficace des examens diagnostiques complémentaires; ou réfère le patient à la personne compétente; ▪ Fait un examen clinique ostéopathique approfondi et pertinent qui est spécifique au patient; ▪ Évalue efficacement un problème d'analyse clinique, interprète les données apportées, fait un diagnostic différentiel et dresse un plan de traitement; ▪ Intègre les principes et concepts ostéopathiques dans sa réflexion thérapeutique et aussi dans ses examens; ▪ Effectue un plan de traitement efficace en concertation avec le patient;



L'expert ostéopathe

- Propose au patient la technique appropriée;
- Effectue les corrections et mobilisations adéquates;
- Informe le patient sur la durée du traitement et des attentes à en avoir;
- Informe le patient d'éventuels risques et effets secondaires 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;
- Formule un avis pour le patient qui comprend un plan de traitement et d'accompagnement adéquat et ciblé favorisant l'état de santé et le bien-être. Cet avis est formulé de manière compréhensible afin que le patient puisse l'approuver;
- Note les données du patient de manière claire et transmissible 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;
- oriente le patient de façon adéquate et ciblée vers d'autres praticiens de santé quand cela s'avère nécessaire pour un traitement optimal;
- 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;
- Poser un diagnostic d'exclusion;
- Etablir un diagnostic différentiel;
- Établir un diagnostic dans le cadre de ses compétences;
- Raisonner cliniquement;
- Imagerie médicale;
- Biologie clinique (examens labo);
- Palpation diagnostique;
- Compréhension de la sémiologie et des méthodes de traitement standards;
- 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 :

- Habileté et aptitude de la palpation 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 empathique favorise la relation de confiance avec le patient. Dès lors, il est possible d'installer une communication correcte et réciproque à propos de la santé du patient.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ développe une relation d'entente, de confiance et éthique avec le patient; ▪ clarifie et traite minutieusement les renseignements pertinents ainsi que les attentes du patient et éventuellement de sa famille, collègues et personnes d'autres disciplines du secteur de la santé; ▪ communique minutieusement les informations 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 la particularité de ses patients; ▪ établit le premier contact avec le patient, se présente et présente son cabinet; ▪ reçoit le patient et l'aiguille dans l'organisation du cabinet; ▪ écoute activement et efficacement les problèmes 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, de 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 confidentielles du patient afin de préserver



Communicateur

	<p>l'intimité et la confiance du patient;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ stimule le rôle actif du patient dans la prise conscience de son mode de vie et l'impact de celui-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 traitements alternatifs compte tenu de l'âge et du milieu du patient, etc.; ▪ donne au patient, quand le diagnostic est plus complexe, des explications détaillées des différentes causes possibles de dysfonctionnement plutôt qu'un diagnostic non valide. ▪ 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, à la confusion ou colère du patient; ▪ Donne le cas échéant des informations médicales au public ou aux médias concernant un problème médical. ▪ Communique, le cas échéant, et conformément au code de déontologie, avec la justice.
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; ▪ Compréhension de la sémiologie et des méthodes de traitements standards.
Attitudes & aptitudes :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication centrée sur le patient; ▪ Établir une relation d'entente, de confiance et éthiquement correcte; ▪ Empathie; ▪ Respect et discrétion; ▪ Compréhension mutuelle; ▪ Efficace et consciencieux; ▪ Posé et calme; ▪ Expert en communication verbale et non verbale; ▪ Service; ▪ Écoute active; ▪ Apparence soignée 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 prestataires 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 prestataires 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 de manière positive et efficace avec le patient et une équipe interprofessionnelle d'experts dans 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, le cas échéant, 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 à ses collègues de la santé publique; ▪ Connaît et respecte les compétences, fonctions et responsabilités des différents prestataires de soins; ▪ Est en mesure de réorienter un patient de manière appropriée vers d'autres prestataires de soins; ▪ Fonctionne adéquatement en équipe 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.
- Connaissances :
- Compétences, fonctions, responsabilités et limites de sa propre profession et d'autres professions dans le secteur;
 - Communiquer et négocier de manière constructive.

Attitudes &
aptitudes :

- Communicatif;
- Fiable et respecte les accords;
- Serviable et confraternel;
- Est en mesure de travailler en équipe;
- Respectueux de la diversité;
- Déléguer;
- Sens de la responsabilité;
- Diriger une équipe;
- Gestion des conflits.



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 œuvres 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 des personnes intéressées, des étudiants, des collègues du secteur des soins de santé et auprès du public en général.
Indicateurs :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretient ses connaissances par la formation continue; ▪ Identifie les sources pour tenir ses connaissances à jour; ▪ Est auto critique par rapport à ses propres connaissances; ▪ Intègre les nouvelles connaissances dans sa pratique; ▪ Documente son processus d'apprentissage; ▪ Examine des questions scientifiquement fondées, 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 personnes intéressées, 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; ▪ Limites scientifiques actuelles de 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 et de la société. L'ostéopathe défend les intérêts de la santé publique en général et met en avant son concept de base qui est la confiance fondamentale dans le potentiel de la santé. Le cas échéant, il réoriente le patient vers un autre praticien de la santé pour un traitement approprié.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réagit à une question ou un problème d'un patient en tant que professionnel; ▪ Réagit aux besoins de la société au niveau de la santé; ▪ Contribue à l'amélioration de 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 et dans les médias; ▪ 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 œuvre 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 privé ou en partenariat 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. Ce rôle suppose donc un engagement actif en tant que participant et décideur intègres dans le fonctionnement du système de la santé publique et en tant que protecteur de soins ostéopathiques de qualité comme prescrits par la profession.
Compétences :	<p>L'ostéopathe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organise efficacement son cabinet privé, en partenariat et/ou son service; ▪ Organise son cabinet et sa carrière; ▪ S'organise administrativement et financièrement; ▪ 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; ▪ Se positionne positivement parmi les autres professions de soins de santé; ▪ 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;



Manager

- Avoir une hygiène personnelle;
- Collaborer.



Professionnel

Définition :	Un ostéopathe professionnel doit être au service de la santé et du bien-être des personnes 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 responsable.
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 professionnels;▪ Agit de façon adéquate, efficace et indépendante;▪ 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 à l'absence de 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;▪ Empathique;▪ Conscient;▪ Auto critique;▪ Moral;▪ Responsable;▪ Sincère et intègre.



9 Praticien débutant

9.1 Définition

Un pratiquant débutant est la personne qui commence à pratiquer la profession. Il doit répondre à certaines conditions afin d'entamer le processus qui lui permettra d'acquérir les compétences d'un praticien 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 praticien débutant possède un potentiel de croissance.

L'évolution professionnelle de l'ostéopathe débutant vers un praticien expérimenté réside principalement dans l'interaction entre les praticiens professionnels, l'environnement clinique et la diversité des patients.

9.2 Compétences de l'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 praticien joue un rôle important. Le contexte de l'intervention professionnelle et l'autonomie professionnelle du pratiquant forment les points de départ qui dirigent l'intervention de l'ostéopathe selon ce modèle PBE. 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 donné 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 une seule consultation. Aussi doit-il apprendre à bien planifier et à se limiter à ce qui est réalisable et/ou souhaitable.

10 Développements futurs en ostéopathie

Un développement que l'on voit actuellement émerger, et que l'on a mentionné brièvement dans l'introduction de ce PCP, est que l'ostéopathe se qualifie, selon ses centres d'intérêt, pour certains groupes-cibles (p.ex. enfants, sportifs ...) ou dans certaines 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 sont actuellement courantes :

- 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 ligne 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 compétences professionnelles en tant que telles 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=clnk&gl=be>.

Competentieprofiel van de Huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 2005.

Competentieprofiel en eindtermen van de huisarts, Concilium voor de Huisartsopleiding, Utrecht, 2009.

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.efo.eu>.

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/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.

Lepers Y.

Histoire critique de l'ostéopathie: de Kirksville à l'Université Libre de Bruxelles, 2010, PhD, ULB, Bruxelles.

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=06-00-00-000.

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: Benchmarks for Training in Osteopathy, 2010,

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599665_eng.pdf.



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 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; Willy Renders, DO; Claude Rousseau, DO; Drs. Quaghebeur Jörgen, DO; Jean Ruwet, DO; Dirk Segers, DO.

Membres du comité de recherche et du conseil du CORPP asbl

Drs. Joeri Calsisus, DO; Karin Drexeler, DO; Dr. Peter Moolaert, arts; Gert Roncada, DO; Johan Verbeeck, MSc.

Patrick van Dun, DO.
Rédacteur



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 d'Ostéopathie de Belgique

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 l'OMS 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. 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 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 pour l'obtention du diplôme. Elles sont réparties comme suit :

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

³⁶ Etats Généraux de l'Ostéopathie, GNRPO, Bruxelles, 26.10.2007.



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

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



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-BVO).
- 14.01.1987 : la SBO-BVO 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-BVO est reconnue par le Conseil d'Etat.
- 1994 : les ostéopathes sont enregistrés au Ministère des Classes Moyennes sous le numéro 030672
- 1995 : la SBO-BVO 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 (MS&MC) et le GNRPO concernant les ostéopathes reconnus et l'intervention des mutualités dans les honoraires.
- 2002 : publication des statuts du GNRPO au Moniteur Belge.
- 2003 : Réenregistrement officiel des cinq unions professionnelles du 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 l’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 le Parlement européen, suivi d’une recommandation aux états-membres pour légaliser au plus vite l’ostéopathie dans le cadre décrit.
- 2002 : reconnaissance officielle de l’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 l’OMS 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.

Nicholas A.S., Debias D.A., Ehrenfeuchter W., England K.M., England R.W., Greene C.H., Heilig D.,
Kirschbaum M.,

A somatic component to myocardial infarction, *British Medical Journal*, 1985, 291: 13-17.

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.

Licciardone J.C., Fulda K.G., Stoll S.T., Gamber R.G., Cage A.C.,

A case-control study of osteopathic palpatory findings in type 2 diabetes mellitus, *Osteopathic Medicine and Primary Care*, 2007; 1: 6

Norré 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.

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.

Crow W.T., Willis D.R.,

Estimating cost of care for patients with acute low back pain: a retrospective review of patient records, *Am. Osteopath. Assoc.*, 2009;109 (4): 229-33.

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 AmOsteopathic Assoc*, 1995; 95: 182-91

Gurry B., Hopkins M., Peers C., Anderson S., Watts M.A.,

Musculoskeletal Medicine in Practice 5 Years of the Acute Low Back Pain Service for Plymouth: Results of a Survey, *J. Orthop. Med.*, 2004; 26 (1): 3-8.



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.

Hayden C., Mullinger B.,
Reprint of: a preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic, *Complement. Ther. Clin. Pract.*, 2009; 15 (4): 198-203.

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.

Jarski R.W., Loniewski E.G., Williams J., Bahu A., Shafinia S., Gibbs K., Muller M.,
The effectiveness of osteopathic manipulative treatment as complementary therapy following surgery: a prospective, match-controlled outcome study, *Altern. Ther. Health Med.*, 2000; 6 (5): 77-81.

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., Herron K.M.,
Characteristics, satisfaction, and perceptions of patients receiving ambulatory healthcare from osteopathic physicians: a comparative national survey, *JAOA*, 2001; 101 (7): 374-85.

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.



Licciardone J.C., Buchanan S., Hensel K.L., King H.H., Fulda K.G., Stoll S.T.,
Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2010; 202 (1): 43e.1-8.

Lombardini R., Marchesi S., Collebrusco L., Vaudo G., Pasqualini L., Ciuffetti G., Brozzetti M., Lupattelli G., Mannarino E.,
The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in patients with peripheral arterial disease, *Manual Therapy*, 2009; 14 (4): 439-443.

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.

Monaco A., Cozzolino V, Cattaneo R, Cutilli T, Spadaro A.,
Osteopathic manipulative treatment (OMT) effects on mandibular kinetics: kinesiographic study, *Eur. J. Paediatr. Dent.*, 2008; 9(1):37-42.

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.

Noll D.R., Shores J.H., Gamber R.G., Herron K.M., Swift J. Jr.,
Benefits of osteopathic manipulative treatment for hospitalized elderly patients with pneumonia, *JAOA*, 2000; 100 (12): 776-82.

Noll D.R., Johnson J.C., Baer R.W., Snider E.J.,
The immediate effect of individual manipulation techniques on pulmonary function measures in persons with chronic obstructive pulmonary disease, *Osteopath. Med. Prim. Care*, 2009; 8(3): 9.

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

O-Yurvati A.H., Carnes M.S., Clearfield M.B., Stoll S.T., McConathy W.J.,
Hemodynamic effects of osteopathic manipulative treatment immediately after coronary artery bypass graft surgery, *JAOA*, 2005; 105 (10): 475-81.



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.

Radjeski J.M., Lumley M.A., Cantieri M.S.,
Effect of osteopathic manipulative treatment of length of stay for pancreatitis: a randomized pilot study, *JAOA*, 1998; 98 (5): 264.

Richardson B.S., Way B.V., Speece A.J.,
Osteopathic manipulative treatment in the management of notalgia paresthetica, *JAOA*, 2009; 109 (11): 605-608.

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.

Tarsuslu T., Bol H., Simsek I.E., Toylan I.E., Cam S.,
The effects of osteopathic treatment on constipation in children with cerebral palsy: a pilot study, *J. Manip. Physiol. Ther.*, 2009; 32 (8): 648-653.

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.

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 Trigger Points.
- Contrôle des fonctions musculaires.
- Contrôle des fascia.
- Contrôle de la mobilité viscérale.
- Contrôle du crâne (neuro- en viscérocrâne).
- 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 structurelles "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 fasciales (Myofascial Release, Chila, "Unwinding" ...).
- Techniques sur les tissus mous et les tissus conjonctifs (stretching des muscles et du tissu conjonctif, friction ...).
- Techniques réflexes neuro-viscérales et neuro-lymphatiques.
- Techniques fluidiques (techniques lymphatiques, ...).
- Manipulations viscérales³⁷.
- Techniques neuro-crâniennes et viscéro-crâniennes³⁸.

³⁷ Quaghebeur Jörgen, The visceral approach in osteopathic care, 2010 (unpublished).

³⁸ Quaghebeur Jörgen, The cranial issue and osteopathic care, 2010 (unpublished).