

L'OSTÉOPATHE

N°7 • MARS / AVRIL 2011

MAGAZINE



enquête

OSTÉOPATHIE PÉRINATALE ET PÉDIATRIQUE

UNE PRISE EN CHARGE ÉVIDENTE ET DES COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES

RENCONTRES

UNEO -
ministère de la santé,
le dialogue s'installe.

ROF : 30 ans déjà !

HORIZONS

Ostéopathes,
connaissez-vous
vos patients ?



CONGRÈS NATIONAL de POSTUROLOGIE 2011

Recherches et perspectives cliniques

PERPIGNAN

Les 09 / 10 Septembre 2011

organisé par

S.O.O.F.

Dr M. Clauzade

Dr G. Vallier

Dr P. Vélou

Pour la 1^{ère} fois dans un congrès, des spécialistes reconnus des différentes écoles de pensée ainsi que des chercheurs universitaires et du CNRS vont venir confronter leurs idées à la recherche de consensus thérapeutiques.

PROGRAMME

Vendredi 9 septembre

Introduction

Historique et perspectives. (Dr P.M. Gagey)

Développement du contrôle postural au cours de l'enfance et de l'adolescence (Dr C. Assaiante)

Rachis et posture : attitude scoliotique et scoliose

Hierarchisation des entrées posturales à partir de l'analyse posturo-statique clinique. (Dr P. Malafosse)

Contrôle postural et intégration des informations proprioceptives dans la scoliose idiopathique de l'adolescent. (Dr C. Assaiante)

Implication du système vestibulaire dans la scoliose idiopathique. (Dr J. Lacoudre)

Posture et scoliose. (Dr B. Bricot)

Débat : Attitude scoliotique et scoliose, même traitement ?

Rachis et posture : pathologies discales

Traitement biomécanique des pathologies discales et rééducation. (D. Dessauge)

Traitement neurochirurgical des pathologies discales et rééducation. (Dr V. Porhiel)

Traitement rhumatologique des pathologies discales et rééducation. (Dr M. Trabis)

Débat : Quel protocole de traitement ?

Démonstration de manipulations discales. (D. Dessauge)

Pied et posture

Les semelles proprioceptives : mode d'action et indications. (S. Legendre)

Les semelles de recalibration posturale : mode d'emploi et indications. (Dr B. Bricot)

Les semelles thermoformées : mode d'action et indications. (I. Piau)

Débat : Quelles semelles prescrire ?

Samedi 10 septembre

Capteurs céphaliques : œil, mandibule et vestibules

Dernières découvertes en plasticité neuronale. (Prof P. Gil Lozaga)

Le rachis cervical intégrateur neurosensoriel et proprioceptif. (Dr P. Malafosse)

Vision et attitude compensatrice de la tête. (M. Blayac)

Interrelation dent et œil. (Dr P.H. Dupas)

Posture et ventilation. (Dr J.L. Ouhion)

Occlusion dentaire et références spatiales. (Dr M. Clauzade)

Les traitements de l'occlusion : gouttières et Bruxisme ; Gouttières et Pathologies cranio-mandibulaires ; Gouttières et sport. (Dr P.H. Dupas, Dr M. Clauzade et M. Viguier)

Rééducation posturale : transdisciplinarité en exercice libéral. (L. M. Bontoux; A. F. Duong ; S. Falcetta)

Posture assise et déséquilibre postural. (Dr G. Vallier)

Nouvelles techniques de rééducation vestibulaire des canaux semi-circulaires. (D. Gerbaulet)

Développement postural du nourrisson et de l'enfant. (Dr J.F. Roche, A. Cudel, Dr P. Vélou)

Inscription

Renseignements : 04 68 51 22 23 / 04 68 54 04 07 ou congres.posturologie@gmail.com

Possibilité d'inscription et de paiement en ligne sur le site www.orthoposturodentie.com

Tarif : 290 € avant le 31 mai - 350 € après le 31 mai - Étudiant 190 €

Prise en charge par le FIF PL - www.fifpl.fr

Ours

Rédacteur en chef :

Guillaume Mercier

Rédacteur : Yousra Senhaji

Directrice artistique

& maquette : Agnès Bizeul

Site internet : Badara N'Diaye

Publicité : Reza Redjem-Chibane

Photo : Marika Gérone

www.marikagerone.com

Contacts

L'ostéopathe magazine

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 09.50.79.13.17

contact@losteopathe.fr

Rédaction :

redaction@losteopathe.fr

Abonnements :

abonnements@losteopathe.fr

Publicité :

publicite@losteopathe.fr

Courrier des lecteurs :

courrierdeslecteurs@losteopathe.fr

Mentions légales

Directeur de la publication :

Reza Redjem-Chibane

L'ostéopathe magazine

est édité par RCR Éditions

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 09.50.79.13.17

www.losteopathe.fr

Impression :

Imprimerie Bernayenne,
Bernay (27).

Imprimé suivant les normes
environnementales

(papier écologique
et encres végétales)



Numéro de commission

paritaire : 0412 T 90344

ISSN 2108-2642, dépôt légal
à parution

Abonnement

Abonnement pour un an

6 numéros :

France 120 € TTC

(dont TVA 2.10 %)

Étranger : nous consulter

Copyright

L'ostéopathe magazine

La reproduction même partielle
des articles parus dans

L'ostéopathe magazine est
strictement interdite.

édito



FOREOS, AIOS, SFPSS. Trois nouvelles associations d'ostéopathes se sont créées. Leur maître mot : fédérer. Une vie associative intense révèle la richesse et le dynamisme d'une profession. Dans le cas de l'ostéopathie, elle est aussi symptomatique de profondes divisions. Les étudiants manifestent pour obtenir une meilleure régulation de la formation, et donc de la démographie de la profession. Censés être trop nombreux et représenter un risque de surpopulation pour tous les ostéopathes, ils ne sont que mille à se mobiliser.

Fédérer. Le projet de fédération des ostéopathes peine à se mettre en place et ne fait pas l'unanimité. Dans le même temps, le ROF fête ses 30 ans et compte environ un millier d'adhérents.

Fédérer. La question est de savoir ce qui relie tous les ostéopathes. Quel

pourrait être l'objet de leur union ? Et si c'était le patient ? Et pourquoi ne pas mobiliser les patients, trop souvent absents des débats ? Pourtant, ils ont été les premiers à reconnaître l'ostéopathie. Leur large adhésion à cette jeune discipline est aussi une des raisons qui a incité les autorités à créer un titre d'ostéopathe.

L'enquête de ce numéro sera, nous l'espérons, fédératrice. Il s'agit de l'ostéopathie périnatale et pédiatrique. Les nouveau-nés représentent en effet une prise en charge majeure en ostéopathie et également un enjeu de prévention en santé publique car de nombreux problèmes posturaux et chroniques de l'adulte s'installent progressivement à partir de la naissance. Accéder aux maternités est une vraie reconnaissance pour les ostéopathes et a permis de mettre en place d'intéressantes collaborations entre professionnels de santé, des procédures de travail pérennes et reproductibles d'une maternité à l'autre.

Une enquête introductive qui en appellera bien d'autres, à n'en pas douter, tant le sujet est vaste. Ostéopathie périnatale et pédiatrique, 1^{re} partie. Action !

Reza Redjem-Chibane
Directeur de la publication

SOMMAIRE

ACTUALITÉS

L'ostéopathe magazine aborde l'actualité professionnelle des syndicats, des écoles et des associations ostéopathiques. Les rendez-vous à ne pas manquer (conférences, symposiums, congrès, etc.) sont répertoriés dans l'agenda avec le programme des formations à venir.

profession

- 06** FOREOS
Fédérer la recherche en ostéopathie
- 08** SFPSS : réunir les professionnels du sport
- 10** AIOS
Fédérer les ostéopathes du sport
- 12** DUOS
Une alliance public-privé autour de l'ostéopathie du sport
- 14** Publications ostéopathiques :
une nouvelle revue

Durée de formation :
diminution confirmée

rencontres

- 16** UNEO - ministère de la santé
Le dialogue s'installe
- 20** ROF : 30 ans déjà!

22 agenda

24 formation

MÉTIER

Pratiques particulières du métier ou bien utilisation de l'ostéopathie pour des applications spécifiques, *L'ostéopathe magazine* rend compte de ces expériences. Des enquêtes approfondies pour découvrir l'ostéopathie sous des angles différents. Avec des témoignages et une synthèse pour mettre en avant les points clés. Également, des interviews d'ostéopathes qui nous font partager leur expérience et leur savoir-faire.

enquête

- 26** Ostéopathie périnatale et pédiatrique
Une prise en charge évidente et des compétences spécifiques



HORIZONS

Certaines prises en charge (grands malades, personnes âgées, etc.) nécessitent une approche particulière du patient. Toute l'expertise de spécialistes pour adapter et personnaliser la prise en charge ainsi que des reportages pour présenter les complémentarités de l'ostéopathie avec d'autres pratiques.

patients

- 50** Ostéopathes, connaissez-vous vos patients ?



FOREOS

Fédérer la recherche en ostéopathie

FOREOS, pour fonds de recherche en ostéopathie, vise à mutualiser les dynamiques, fédérer les acteurs de la recherche et convaincre mécènes et sponsors de participer au développement de la recherche en ostéopathie. Une réflexion entamée en 2008 par un groupe de sept ostéopathes de formations et d'expériences professionnelles diverses. Mais avec un point commun : tous ont suivi les cours du DU de Méthodologie en recherche clinique à l'ISPED (institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement) de l'université de Bordeaux et se sont formés à la lecture critique. Officiellement créé en 2010, FOREOS compte une douzaine de membres.

Une grande attention a été portée à la rédaction des statuts de FOREOS et les services d'un cabinet d'avocats spécialisés ont été sollicités. L'objectif était de bâtir une structure stable, viable, légitime, rigoureuse, incontestable et neutre politiquement. FOREOS est construit sur un système bicaméral : à une structure formée par les six membres fondateurs s'ajoutent des représentants élus par les membres actifs (cinq au maximum). Ce système assure un équilibre entre stabilité et dynamisme.

Pourquoi avoir créé FOREOS ?

Aujourd'hui, les pouvoirs publics demandent régulièrement des preuves scientifiques de l'efficacité de l'ostéopathie. Dans ce contexte, et pour améliorer la qualité des relations avec le Parlement, il est devenu impératif de crédibiliser l'ostéopathie à travers des études scientifiques. Par ailleurs, dans le système de santé, la formation et le niveau professionnel des porteurs du titre d'ostéopathe reste encore très hétéroclite.

S'il existe déjà en France une véritable dynamique dans la recherche en ostéopathie, ces initiatives demeurent dispersées et donc peu efficaces. De plus, il n'y a pas encore d'interface entre les acteurs de cette recherche. Or, pour la profession, construire des recherches scientifiques précises et valides est nécessaire. Ces données solides permettront d'imposer le haut niveau de formation auquel aspire la profession. Et pour atteindre cet objectif, un financement pérenne s'impose. Actuellement, les fonds privés sont trop dispersés et les financements publics insuffisants pour mener un protocole de type recherche clinique randomisée dont le budget minimum s'élève à 300 000 euros.



Les cinq objectifs de FOREOS

Pour promouvoir et financer la recherche, se regrouper est indispensable. Les recherches menées doivent être rigoureuses et uniquement basées sur des études scientifiques. Elles doivent aussi associer d'autres professionnels (biostatisticiens, etc.) et structures de recherche (instituts, etc.). Outre la légitimation de l'ostéopathie, le regroupement de ces travaux renforcera la cohérence avec l'ensemble des partenaires. Dans ce contexte, FOREOS s'est fixé cinq objectifs :

- Participer à l'élaboration de protocoles et servir d'interface entre les acteurs de la recherche en ostéopathie
- Conduire, participer, financer et aider toute recherche fondamentale ou clinique en ostéopathie
- Réunir et diffuser les connaissances disponibles sur tout sujet traitant de l'ostéopathie et informer chercheurs et utilisateurs sur les travaux en cours
- Proposer des formations en lien avec la recherche clinique en ostéopathie, notamment l'usage des outils méthodologiques
- Mettre en place des collaborations à l'international



Les avantages d'un fonds de dotation

Pour assurer les missions de FOREOS, le fonds de dotation est le bon choix. Ce mode d'association permet non seulement de promouvoir mais surtout de financer une œuvre d'intérêt général. De plus, un tel fonds a des perspectives de financement plus larges qu'une simple association : en plus des dons en numéraires, il est habilité à recevoir et

gérer des biens sous forme de legs de quelque nature que ce soit. D'autre part, un fonds de dotation est beaucoup plus souple qu'une fondation dont le capital initial doit être de 300 000 euros et qui doit intégrer des représentants de l'État dans son conseil d'administration. Enfin, le statut de fonds de dotation autorise les mécènes, personnes physiques ou entreprises, à défiscaliser leurs dons selon la loi en vigueur. Pour les entreprises assujetties à l'impôt sur le revenu ou sur les sociétés, ces dons ouvrent droit à une réduction d'impôt égale à 60 % du montant du don, dans la limite de 0,5 % du chiffre d'affaires, sur cinq ans. Pour les particuliers, ils ouvrent droit à une réduction d'impôt sur le revenu des personnes physiques égale à 66 % du montant du don, dans la limite de 20 % du revenu imposable.

En parallèle, FOREOS participe au protocole MacMut* de lecture critique et démarre un recensement des publications existantes.

* **MacMut, pour médecines alternatives et complémentaires chez les Mutualistes, est né en 2005 à l'initiative d'un groupe de mutualistes, de médecins, d'ostéopathes et de chercheurs en santé publique. Ce groupe de recherche pluridisciplinaire associe des chercheurs en sciences fondamentales (biochimie, embryologie, mathématiques appliquées, etc.) et en sciences humaines (épidémiologie, santé publique, etc.), des praticiens et des représentants des consommateurs de soins issus du monde mutualiste.**



FOREOS

Les missions en cours

- Référencement de la bibliographie indexée
- Recensement de l'ensemble des acteurs menant de la recherche en ostéopathie en France
- Établissement d'un conseil scientifique consultatif composé de statisticiens, d'épidémiologistes, de personnalités faisant référence dans leur domaine de compétence
- Communication externe : prises de contact avec des partenaires potentiels
- Sensibilisation des acteurs de la profession au projet FOREOS, en vue de les amener à y adhérer

Les missions prévues pour 2011-2012

- Publier sur le référencement de la bibliographie
- S'inscrire comme promoteur ou co-promoteur d'un protocole de recherche clinique fédérateur pour les acteurs de l'ostéopathie
- Promouvoir des projets de recherche avec comme axe prioritaire la recherche clinique
- Démarcher des mécènes publics et/ou privés susceptibles de financer les projets de recherche en cours

LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE FOREOS

- **Jérôme Nourry**, président, ostéopathe, DU Méthodologie en recherche clinique, master 2 SIFA (stratégie et ingénierie en formation d'adultes)
- **Anne-Florence Lanusse-Cazalé**, vice-présidente, ostéopathe et médecin
- **Emmanuel Burguete**, trésorier, ostéopathe, DU Méthodologie en recherche clinique
- **Julie Coatmellec**, secrétaire générale, ostéopathe, DU Méthodologie en recherche clinique
- **Sarah Didier**, administratrice et chargée de la communication externe, ostéopathe, DU Méthodologie en recherche clinique
- **Florent Brière**, administrateur et chargé de la communication interne, ostéopathe, DU Méthodologie en recherche clinique
- **Sébastien Chardigny**, administrateur et chargé de l'éthique, ostéopathe, DU Méthodologie en recherche clinique

SFPSS : réunir les professionnels du sport

Créée par le docteur Philippe Deliac, membre du laboratoire de médecine du sport à Bordeaux, et Patrice Santero, ostéopathe DO, la société française des professions de santé liées au sport (SFPSS) a pour objet de rassembler les professionnels de santé ou de soins ayant pour spécialité le sport : médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes, podologues, psychologues, diététiciens, etc. Une démarche partie du constat que, souvent, ces disciplines ne fonctionnent pas en interaction, voire qu'elles entrent en concurrence. À l'heure actuelle, la SFPSS compte environ 50 adhérents : médecins, kinésithérapeutes et ostéopathes ayant une compétence dans le domaine sportif, ainsi que des membres universitaires représentant plusieurs disciplines. Philippe Deliac et Patrice Santero sont respectivement président et secrétaire de la SFPSS.

Le sport a des contraintes (règles antidopage, code du sport, etc.) et les sportifs nécessitent donc une prise en charge spécifique. C'est pourquoi, au-delà de cette mission de rassemblement, la SFPSS a aussi pour buts :

- de former des professionnels de santé liés dans différents domaines scientifiques, médicaux, technologiques,
- de réaliser des interventions ou d'apporter des aides spécifiques aux fédérations sportives ou à leurs organes décentralisés,
- de rassembler les sociétés savantes ayant un lien avec le sport,
- de s'investir dans des travaux de recherche ou bibliographiques en lien avec la performance ou la protection du sportif,

Ces objectifs pourront se réaliser sous forme de formations, cours, débats, conférences, projections, expositions, communication audiovisuelle et internet. Au niveau ostéopathique, rajoute Patrice Santero, ostéopathe DO,

« nous avons trouvé un relais auprès de l'AFOS (association française des ostéopathes du sport), de la CNO (chambre nationale des ostéopathes), et nous avons le soutien du SNOS (syndicat national des ostéopathes du sport). Notre point commun : le sportif. En revanche, nous n'avons pas encore de liens avec la SFMS (société française de médecine du sport) et pour l'instant, nous n'avons pas encore contacté toutes les organisations socio-professionnelles représentatives des ostéopathes. Nous souhaitons aussi être un relais pour les associations et les clubs de sport à la recherche d'un ostéopathe du sport. Aujourd'hui, l'ostéopathie n'est pas encore présente parmi les cadres des institutions sportives et seule une fédération intègre l'ostéopathie dans son règlement médical : la boxe américaine. »

Plus d'informations sur www.sfps.fr

1^{re} journée scientifique de la SFPSS

Rôle de l'intégration des fonctions mandibulo-céphaliques dans l'activité sportive

La SFPSS a organisé sa première journée scientifique le samedi 9 avril pour rassembler autour d'un thème multidisciplinaire les professions de santé qui s'inscrivent en partie dans le cadre des activités physiques et sportives. Cette journée a permis aux adhérents de se retrouver autour de la problématique des relations entre activité sportive, gestion de la posture et modifications de l'occlusion dentaire. Cette journée s'est également voulue fédératrice par l'intégration de tous les courants philosophiques inhérents aux différentes professions de santé ayant pour finalité l'amélioration de la performance sportive.

Voici les thèmes abordés au cours de cette journée :

- Anatomie fonctionnelle de l'articulation temporo-mandibulaire, Dr J.-C. Coutant
- L'appareil manducateur « revisité », Dr Pierre Lecaroz
- Retentissement des protections intra-buccales sur la performance, Patrice Santero
- Appareil manducateur et neuromédiateurs, Dr Pierre Lecaroz
- Attitude posturale orthostatique ou de repos, Pr J. Petit
- Imagerie avec développement futur (IRM), Dr de Beaufort
- Intégration de l'appareil manducateur dans la posture, Dr Pierre Lecaroz

Les vidéos des conférences sont accessibles en ligne sur www.sfps.fr



L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

*L'ostéopathe magazine, première revue
entièrement consacrée aux ostéopathes,
vous propose tous les deux mois :*

ACTUALITÉS

Les rendez-vous à ne pas manquer
L'agenda des formations
L'actualité socio-professionnelle des ostéopathes

MÉTIER

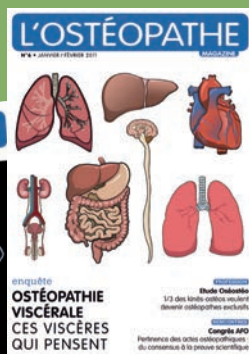
Des interviews d'ostéopathes
Des reportages métiers
Des dossiers complets sur des sujets au cœur de l'ostéopathie

HORIZONS

Des conseils d'experts sur la prise en charge du patient
Tour d'horizon des complémentarités de l'ostéopathie avec d'autres pratiques

GESTION

Des conseils pour la gestion de cabinet



ABONNEMENT

1 an / 6 numéros : 120 €

TARIF ÉTUDIANT

abonnement 1 an / 6 numéros
60 € au lieu de 120 €

CONTACT : Reza Redjem-Chibane

09.50.79.13.17 - 06.28.04.48.78 - reza.redjem@losteopathe.fr

www.losteopathe.fr

AIOS

Fédérer les ostéopathes du sport

L'Association internationale des ostéopathes du sport a été créée par des ostéopathes exerçant auprès de sportifs de haut niveau. Sa finalité est d'améliorer la prise en charge des sportifs et de leur offrir la meilleure qualité de soins à travers la réunion de compétences et les échanges professionnels. Notamment en ce qui concerne la formation des ostéopathes et les pratiques au sein de différentes structures sportives internationales en France et à l'étranger.



« Mon expérience internationale m'a permis de mesurer l'intérêt de la qualité de l'enseignement dans l'amélioration de nos traitements, explique ainsi Éric Robinson, ostéopathe et président de l'AIOS. La manipulation est un acte difficile et sa mise en œuvre doit être précise lorsqu'elle s'adresse à un sportif de haut niveau. Pour que notre place soit reconnue par les structures médicales sportives déjà existantes, nous devons proposer un travail qualitatif car seules nos compétences et nos résultats nous ouvriront les portes des instances représentatives du sport national et international ». L'AIOS a été créée pour apporter des réponses techniques nécessaires aux traitements spécifiques des sportifs de haut niveau.

Les objectifs de l'association sont de :

- garantir la qualité et la connaissance des techniques spécifiques aux traitements ostéopathiques des sportifs et en particulier les sportifs de haut niveau,
- promouvoir, développer et aider la recherche en ostéopathie du sport de haut niveau pour valider les formations, le champ de compétence, les actes et modes d'action,
- promouvoir la pratique de l'ostéopathie du sport,
- réunir les ostéopathes prenant en charge des sportifs de niveau régional, national et international et proposer leur expérience aux clubs sportifs et aux organisateurs de manifestations sportives,
- définir une charte de qualité des ostéopathes du sport,

- promouvoir et avaliser différentes formations dans le domaine de l'ostéopathie du sport en France et à l'étranger,
- établir un partenariat avec des associations, syndicats et fédérations d'ostéopathes du sport français et étrangers,
- obtenir des instances sportives françaises et étrangères un statut officiel pour les ostéopathes du sport au sein des équipes médicales.

Plus d'informations sur <http://aiosteo.fr>



courrier des
lecteurs

Réagissez
Commentez
Analysez
Échangez

L'ostéopathe
magazine
vous donne
la parole !

À travers notre nouvelle rubrique **courrier des lecteurs**, réagissez à nos reportages et à nos articles. Apportez votre regard et votre expérience personnelle sur des sujets que nous avons traités ou sur d'autres thématiques relatives à l'ostéopathie. Nous vous donnons la parole pour prolonger la réflexion, élargir le débat et proposer un regard critique.

Faites-nous part de vos réflexions, commentaires et analyses. Nous les publierons.

COMMENT ?



Par e-mail :
courrierdeslecteurs@osteopathe.fr

Par courrier :
L'ostéopathe magazine – 176, rue Saint-Maur 75011 Paris
Précisez vos nom, prénom, âge, profession, téléphone et ville d'exercice.



DUOS

Une alliance public-privé autour de l'ostéopathie du sport

Cette année, le DUOS, DU d'ostéopathie du sport, accueillera sa première promotion au sein de l'université d'Avignon et des pays de Vaucluse (UAPV). Une approche pluridisciplinaire des soins aux sportifs sera proposée, fruit de la collaboration entre une université et un établissement de formation privé, l'AFCMS (Avignon formation continue aux métiers de la santé), filière formation continue de l'IFOGA (institut de formation en ostéopathie du grand Avignon).

Le programme du DUOS vise à fournir une formation de haut niveau pour faciliter l'intégration professionnelle des ostéopathes dans les milieux sportifs. Il apportera également des connaissances et des compétences en adéquation avec la réalité de la pratique professionnelle de l'ostéopathie du sport.

Les enseignements sont répartis en huit séminaires de deux journées et demie, avec trente élèves au maximum. Les cours se dérouleront à l'université d'Avignon (UAPV), sous la direction pédagogique de Stéphane Nottin, maître de conférences à l'UAPV, et de Bruno

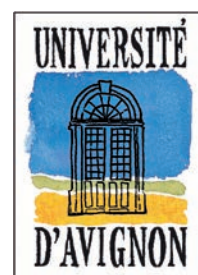
Filippi, ostéopathe DO et enseignant à l'IFOGA. Éric Marlien, ostéopathe DO, directeur pédagogique d'AFCMS et enseignant à l'IFOGA, assurera la direction administrative. L'équipe pédagogique proposera un enseignement pratique basé sur l'interactivité, l'échange, le témoignage, les études de cas et l'animation d'ateliers pour renforcer les compétences des professionnels en formation.

Outre la validation universitaire du cursus, l'union des compétences universitaires, via la filière STAPS, et ostéopathiques, via l'AFCMS, filière formation continue de l'IFOGA, amène

à aborder tous les aspects théoriques et cliniques de l'ostéopathie du sport. Ce diplôme est enfin reconnu par le SNOS (syndicat national des ostéopathes du sport) qui fait le lien avec les clubs sportifs professionnels et les fédérations sportives.

Ainsi, les ostéopathes ayant suivi cette formation pourront être salariés dans un club de sport professionnel, vacataires dans un club amateur, ou bien évidemment se spécialiser dans une activité libérale.

Plus d'informations sur www.univ-avignon.fr



UNIVERSITÉ D'AVIGNON
ET DES PAYS DE VAUCLUSE





ÉRIC MARLIEN
OSTÉOPATHE DO,
ENSEIGNANT À L'IFOGA,
DIRECTEUR PÉDAGOGIQUE
D'AFCS ET ADMINISTRATIF
DU DUOS

Comment ce projet a-t-il débuté ?

À l'origine, l'AFCS avait un projet de DOS, diplôme d'ostéopathie du sport. Un projet mené parallèlement par Thierry Liévois, ostéopathe DO au sein de sa structure de formation CerfOstéo, et qui avait pour vocation d'évoluer vers un DU à l'université de Lille. Ce projet n'ayant pu se concrétiser, nous avons alors co-organisé le DOS dans le cadre des formations délivrées par AFCS. Or, l'IFOGA était en partenariat avec l'université d'Avignon, notamment pour créer des passerelles entre ses étudiants et la filière STAPS de l'université. Nous avons ainsi pu présenter un projet de DU au service de formation continue de l'université qui l'a accepté. Le DUOS est donc aujourd'hui co-organisé par la formation continue de l'université d'Avignon, avec la participation d'enseignants de la filière STAPS, et l'AFCS.

Avez-vous rencontré des difficultés ?

Ce projet a commencé en décembre 2010. Cinq mois plus tard, les inscriptions étaient ouvertes. Nous n'avons pas rencontré de difficultés particulières et une dizaine de jours seulement après le début des inscriptions, nous avons déjà onze ostéopathes inscrits, soit un tiers de l'effectif maximum que nous avons fixé.

Il existe déjà un DU d'ostéopathie du sport à l'université de Bretagne Occidentale, créé sous l'impulsion de François Thimjo. Anticipez-vous des synergies ?

L'objectif est de faire fonctionner chaque DU de manière indépendante et, plus tard, d'aboutir à la création d'un DIU (diplôme inter-universitaire) dont les programmes seront assez proches dans les concepts. Néanmoins, des spécificités selon les sports considérés pourront être envisagées.



1 programme en 5 unités d'enseignement

UE1 – Connaissances relatives au sportif et à son corps – 68 h

LA CONNAISSANCE DU MILIEU SPORTIF

- Histoire et sociologie du sport
- Structures sportives
- Aspects institutionnels
- Le sport de haut niveau

BIOMÉCANIQUE

DE L'EXERCICE PHYSIQUE

- Biomécanique musculaire
- Biomécanique du geste sportif
- PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE PHYSIQUE ET DE L'ENTRAÎNEMENT
- Énergétique de l'exercice
- Fonction cardio-respiratoire
- Fonction neuro-musculaire

OPTIMISATION

DE LA PERFORMANCE

- La performance sportive
- Le processus d'entraînement
- Gestion de l'athlète
- Fatigue et surentraînement
- Le dopage

UE2 – Connaissances spécifiques médico-sportives – 20 h

URGENCES DE TERRAIN

- Sémiologie et tests spécifiques
- Gestes d'urgence
- PATHOLOGIES DU SPORTIF
- Réathlétisation
- Les pathologies musculaires
- SUIVI MÉDICAL ET BIOLOGIQUE
- Normes biologiques

- Lutte anti-dopage

ÉVALUATION MUSCULAIRE

DU SPORTIF

- Isocinétique et bilan musculaire

UE3 – Actions de remédiation et de prévention des pathologies sportives – 22 h

L'OSTÉOPATHE EN MILIEU SPORTIF

- Relation équipe soignante
- Relation équipe technique

PRÉVENTION

- Outils pratiques de prévention
- L'ÉVALUATION

- Analyse posturale

- Interprétations biomécaniques

- Occluso-odontologie

OUTILS THÉRAPEUTIQUES ASSOCIÉS

- Micronutrition

- Proprioception

UE4 – Thérapeutique ostéopathique spécifique – 50 h

PROTOCOLE DE SOINS

OSTÉOPATHIQUES

- Examen clinique du sportif

- Analyse posturale

- Testing spécifique

MISE EN ŒUVRE DES TECHNIQUES

SPÉCIFIQUES

- Étude typologique

- Optimisation

PROTOCOLES SPÉCIFIQUES

- Tendon muscle dysfonction osseuses

- Cryothérapie

- Reprogrammation proprioceptive

- Suivi ostéopathique post-opératoire

UE5 – Stage d'expérimentation et d'immersion – 150 h

- Immersion en milieu professionnel

- Mise en œuvre des connaissances acquises

- Évaluation et traitement des sportifs

- Évaluation de l'action entreprise

- avec les cadres de la structure sportive

- Rédaction et production d'un

- mémoire de stage



Publications ostéopathiques : une nouvelle revue

Au mois de mars, une nouvelle revue scientifique a vu le jour, *La revue de l'ostéopathie*. Tous les trois mois, elle publiera préférentiellement des comptes-rendus d'expérimentations internationales réalisées suivant les principes méthodologiques de recherche scientifique incluant l'analyse statistique des données recueillies.

La publication des résultats de telles études permettra de communiquer avec la communauté scientifique en utilisant un langage commun. L'objectif de cette revue est donc d'apporter à l'ostéopathie française et européenne francophone une lisibilité sur la rigueur de son enseignement et de sa pratique, ainsi que sur son implication dans la recherche.

Pour Robert Meslé, directeur de la publication et rédacteur en chef de *La revue de l'ostéopathie*, « les expérimentations présentées portent sur l'efficacité des techniques et des traitements ostéopathiques, et sur la performance diagnostique des tests : validité et fiabilité. Il est en effet indispensable

d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie, son champ d'application et ses limites. La publication des résultats des études que nous sélectionnons pour la pertinence de leur thème de recherche et leur qualité méthodologique s'inscrit dans la valorisation de l'ostéopathie fondée sur des preuves. »

Les articles proposés pour publication seront soumis à un processus éditorial permettant leur indexation dans des banques de données internationales. À savoir : un comité éditorial indépendant qui établira ses choix sur des critères scientifiques ; un peer review, réalisé par au minimum deux reviewers choisis pour leurs compétences sur le sujet de l'article et/ou en méthodolo-

gie et en biostatistiques et qui, par une lecture critique, amélioreront la qualité des articles ; l'absence d'insertions publicitaires afin d'être indépendant et ne pas générer de conflits d'intérêts ; pour chaque article, un résumé structuré en français et en anglais sera publié, avec trois à dix mots-clés en français et en anglais.

L'objectif de *La revue de l'ostéopathie* est aussi de fournir aux étudiants un support pédagogique pour faciliter la compréhension des notions abordées durant l'enseignement mais également de les initier à la recherche scientifique.

Plus d'informations sur
www.larevedelosteopathie.com

Durée de formation : diminution confirmée

Le 14 avril est paru dans le *Journal Officiel* un décret daté du 12 avril modifiant l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et reconnaissant notamment l'ostéopathie. Ce décret s'adresse aux établissements de formation en ostéopathie et en chiropraxie, aux étudiants et aux personnes habilitées à user du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur. Il supprime la durée minimale de formation en ostéopathie et en chiropraxie prévue par la loi du 4 mars 2002, à savoir 3 520 heures. Cette durée reste ainsi fixée à 2 660 heures, conformément au décret d'application du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation. La mise en application de ce décret par le ministère du travail, de l'emploi et de la santé dirigé par Xavier Bertrand, est immédiate.

CONGRES MEDICAL organisé par



Centre de Liaison d'Etude et de Formation
26 rue Pierre Sépard
92320 Châtillon
infos.leclef@orange.fr
Tel : 01 41 48 54 49 – Fax : 01 41 48 58 17

Samedi 14 mai 2011

de 8 h 30 à 17 h 30

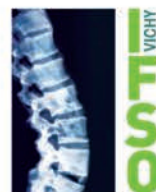
IFSO-EFOM

118 bis rue de Javel 75015 PARIS

**4^{ème} Edition du Colloque IFSO-EFOM
« LOMBALGIE ET OSTÉOPATHIE »**

Présidé par
Le Docteur Didier FELTESSE

Sous l'égide des Ecoles
IFSO-PARIS et IFSO-VICHY



BULLETIN D'INSCRIPTION ET DE RESERVATION

Participation : 80 €

Etudiants : 20 €

(Colloque + Pauses-café)

NOM : PRENOM :
ETABLISSEMENT :
FONCTION :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TEL : FAX :
E-MAIL :
ORGANISME COLLECTEUR (A préciser) :

Date :

Cachet signature

UNEO - ministère de la santé Le dialogue s'installe



Le jeudi 17 mars, alors que 1 000 à 1 500 étudiants en ostéopathie venus de Paris, Lille, Lyon, Nantes et Saint-Étienne battaient le pavé parisien, les membres du bureau de l'Union nationale des étudiants en ostéopathie ont rencontré des représentants du ministère de la santé. Une rencontre qui a duré 1 h 30 dans les locaux du ministère. Voici une synthèse du compte-rendu réalisé par les étudiants de l'UNEO.

À la demande des représentants du ministère, l'entretien a débuté par une présentation de l'UNEO et des chiffres de la situation des écoles d'ostéopathie en France. Les membres du syndicat ont ensuite exposé leurs revendications : « Nous souhaitons un minimum de cinq années de formation, soit 4 200 heures, pour amener le niveau aux recommandations de l'OMS. Nous souhaitons une régulation numérique au travers d'agrèments plus durs. Ensuite, par rapport à la notion de thérapeutes de première intention, nous demandons à ce que soit maintenu un seuil suffisant de formation pour la sécurité des patients. Le format d'études en 3 + 2 années par exemple ne garan-

tit pas cette capacité à former des professionnels de première intention. En outre, la décision du Conseil constitutionnel, qui ramène la durée minimale de formation de 3 520 à 2 650 heures, marque un véritable retour en arrière », ont exposé les membres de l'UNEO. Sur ce dernier point, Michèle Lenoir-Salfati, adjointe à la sous-direction des ressources humaines du système de santé au ministère, a précisé qu'« effectivement, le Conseil constitutionnel a déclassé la disposition de la loi HPST. Mais la valeur législative perdure et non la valeur réglementaire* (voir *L'ostéopathe magazine* n°6). Face à cette situation juridique, la mise en place de décrets est nécessaire ».

Une population ostéopathique en voie de saturation

Les échanges ont ensuite porté sur l'intégration, dans les décrets, des revendications principales du syndicat, notamment sur l'importance des critères d'agrément des établissements de formation. Patrice Vayne, conseiller et chargé de mission à la sous-direction des ressources humaines du système de santé au ministère, a alors voulu en savoir plus sur la saturation du marché de l'ostéopathie. Réponse de l'UNEO : « Aujourd'hui, la France compte 14800 ostéopathes et, l'an dernier, 2600 personnes ont obtenu le titre. À ce rythme, dans cinq à six ans, la population ostéopathique devrait doubler ». Les acteurs du marché ne sont-ils pas conscients de cette situation ?, s'est interrogé Patrice Vayne. Les représentants de l'UNEO ont alors mis en avant le lobbying de certains établissements. Ils ont ensuite demandé à prendre connaissance du rapport de l'IGAS, les experts chargés des audits des écoles ayant annoncé qu'il serait rendu public. « L'IGAS a la charge de rapports publics et d'autres demandés par des services administratifs. Ceux-ci restent alors en interne et ne sont pas publiés », a répondu Michèle Lenoir-Salfati.

La question de la régulation de la profession

Ainsi, a repris Michèle Lenoir-Salfati, « vous souhaitez un rallongement des études et une régulation de l'offre car les écoles forment des chômeurs en puissance. Cependant, l'ostéopathie n'est pas une profession de santé et, à ce titre, le ministère n'a pas le droit de réguler les places comme pour les médecins. Vous êtes dans un libre commerce. De nombreuses écoles se créent pour des intérêts financiers. Selon moi, la régulation peut se faire via les agréments, comme vous l'annoncez. Il vous faut donc consolider les bases juridiques de ces agréments qui sont d'ailleurs très contestés et font l'objet de contentieux ».

Quel texte pourrait apporter une solution durable à ce problème de régulation ?, se sont alors interrogés les membres de l'UNEO. « En ce moment, nous travaillons effectivement avec le cabinet du ministère sur de nouveaux critères d'agrément. Sans entrer dans le détail, en voici quelques éléments. Il est demandé un projet pédagogique cohérent, un certain bagage pour le chef d'établissement, une adéquation en nombre et en qualité de l'équipe pédagogique : un enseignant pour 25 étudiants, et ayant fait de la recherche. Il est aussi demandé la liste des qualifications des enseignants spécialistes ou non, titulaires d'un titre d'ostéopathe ou universitaire. Dans ce texte, il est aussi avancé une adéquation entre la capacité d'accueil et la capacité de proposition de clinique aux étudiants. Idem avec le matériel pédagogique et l'aménagement des locaux par rapport à la quantité des étudiants. Il est aussi demandé un engagement dans une démarche de formation continue des enseignants et une démarche de publication et de recherche de leur part », a énuméré Michèle Lenoir-Salfati.

La clinique, critère majeur pour l'agrément des écoles

Afin de compléter ce projet de texte, les membres de l'UNEO ont proposé un critère concret pour autoriser l'ouverture d'une école par rapport aux critères de la clinique : demander à l'établissement de présenter les chiffres d'activité de sa clinique et les mettre en rapport avec le nombre d'étudiants. Un critère jugé intéressant par Michèle Lenoir-Salfati qui a néanmoins fait remarquer qu'augmenter le niveau de formation permettra, certes, de ne pas être dangereux pour les patients. Mais que fait-on de la question du nombre d'ostéopathes et de la problématique de l'employabilité ? Et comment gérer cette phase de transition ?, a ajouté Patrice Vayne.

Il est nécessaire, ont souligné les membres de l'UNEO, de tenir compte des étudiants qui verraient fermer leur établissement si celui-ci ne répondait pas

LES PARTICIPANTS

- Michèle Lenoir-Salfati, adjointe à la sous-direction des ressources humaines du système de santé au ministère de la santé
- Patrice Vayne, conseiller et chargé de mission à la sous-direction des ressources humaines du système de santé au ministère de la santé
- Membres du bureau de l'UNEO : Charles Bourrasset, président, Stéphanie Royal, vice-président, Christophe Robert, chargé de communication, et Yvan Loynet, secrétaire

Une rencontre avec Clara de Bort, conseiller technique en charge des professions de santé au ministère, était initialement prévue. Elle n'a pu être présente mais un engagement moral a été donné aux membres de l'UNEO pour que cette rencontre puisse se faire afin de poursuivre le travail entamé ce jeudi 17 mars.



« ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION EN OSTÉOPATHIE »

Les critères d'agrément préconisés par l'UNEO

- Une durée minimale de formation : cinq ou six années représentant 4 200 heures dont 1 000 de pratique clinique encadrée (cf. Benchmark OMS)
- Une salle de cours au minimum par promotion
- Une localisation géographique et un bassin de population permettant le fonctionnement d'une clinique
- L'existence d'un bâti permanent et exclusivement dédié, ainsi que des espaces pédagogiques adaptés à l'enseignement ostéopathique
- L'adéquation entre capacité d'accueil, locaux, patientèle clinique, moyens pédagogiques
- La qualification spécifique des enseignants dans le domaine enseigné (ostéopathes expérimentés pour les cours d'ostéopathie, DU, DIU, médecin, doctorat en sciences pour les autres)
- L'engagement dans une démarche de formation continue des enseignants et une démarche de publication et de recherche de leur part
- Un enseignant pour vingt élèves pendant les cours de pratique
- 150 consultations menées individuellement pour chaque étudiant au sein de la clinique de consultations intégrée à l'établissement de formation
- Un cahier de suivi individuel des consultations cliniques
- L'obligation de rendre public le bilan comptable de la clinique
- La sélection à l'entrée avec traçabilité de la procédure
- La mise en place d'une vraie mobilité nationale et internationale des étudiants
- Être titulaire de la Charte universitaire Erasmus

L'UNEO pense qu'il est primordial de procéder à une inspection, par un professionnel, du bilan comptable de la clinique de l'établissement de formation. Pour éviter la surévaluation des volumes annuels de consultations, il serait pertinent de relier les bénéfices de la clinique et le nombre d'étudiants inscrits pour avoir une idée du nombre de consultations réellement réalisées par an et par étudiant.

Une attention particulière doit être portée à la dénomination « clinique » car certaines pratiques consistent à comptabiliser, comme des heures de pratique clinique, les stages effectués dans le cadre de manifestations sportives et non encadrés par un ostéopathe professionnel. Ainsi, l'unité de formation clinique doit être composée :

- d'une pratique clinique encadrée interne à l'établissement
- de stages hospitaliers
- de stages chez un praticien ostéopathe exclusif
- de manifestations sportives encadrées

La spécificité manuelle de la profession d'ostéopathe nécessite un apprentissage pratique positionné au centre de la formation. À titre d'exemple, l'enseignement en France reste très en deçà du volume horaire de pratique clinique exigé au Royaume-Uni. Il faut aussi être attentif au sens attribué à la notion d'encadrement des futurs professionnels dans le contexte des stages pratiques.

En l'absence de publication du rapport de l'IGAS sur la formation et d'une augmentation sensible du nombre d'établissements agréés sans contrôle effectif de la formation, les patients s'interrogent sur les garanties réelles apportées par les ostéopathes quant à l'égalité qualitative des pratiques professionnelles. Les patients s'inquiètent pour la qualité des soins proposés par de futurs ostéopathes insuffisamment ou mal formés. Une diffusion du rapport IGAS permettrait assurément d'apporter des propositions au plus près des problématiques existantes.

à ces nouveaux critères. L'employabilité des futurs ostéopathes et, à nouveau, la sécurité des patients, ainsi que l'identité de l'ostéopathie, sont au cœur des préoccupations, ont aussi précisé les membres du syndicat étudiant. Pour répondre à la problématique démographique, l'UNEO met en avant le critère de clinique car un certain nombre d'établissements ne pourraient adapter leur fonctionnement pédagogique en clinique et seraient contraints de fermer. Et ces critères de clinique contribuent à garantir une qualité de la formation essentielle pour de futurs thérapeutes de première intention.

C'est pourquoi, pour Michèle Lenoir-Salfati, il serait intéressant de faire de la communication auprès des lycéens afin de traiter le problème à la source. Sans avancer de chiffres, l'UNEO a répondu qu'en effet, des étudiants arrêtaient leur formation avant d'obtenir leur diplôme. Leur proportion varie selon les écoles. « Elle pourrait être un indicateur pour différencier les établissements "sérieux" de ceux motivés par le seul intérêt financier », a ajouté Patrice Vayne.

Des questions autour de l'ostéopathie exclusive

Le dialogue s'est poursuivi autour de questions d'ordre socio-professionnel dont notamment la notion de titre partagé. « Notre démarche, a précisé l'UNEO, ne s'oppose pas aux professionnels de santé formés à l'ostéopathie. La problématique se situe au niveau d'une pratique exclusive permettant d'atteindre l'objectif identitaire de l'ostéopathie et surtout garante de la sécurité du patient, au même titre que les formations en cinq années. Nous proposons de construire des passerelles sérieuses pour les professionnels de santé qui souhaitent pratiquer l'ostéopathie, sans influencer sur le choix de l'exercice exclusif ou non ». Aujourd'hui en effet, peu de jeunes ostéopathes, exerçant auparavant une profession de santé, pratiquent exclusivement l'ostéopathie. Avec la rapide croissance démographique de la profes-

sion, ce phénomène va s'amplifier car il leur sera plus difficile de quitter un métier de santé garant d'un revenu stable. « Parler de régulation, d'exercice exclusif, etc. donne l'impression que, justement, vous revendiqueriez le statut de professionnel de santé et qu'il faut principalement faire de l'ostéopathie pour être ostéopathe », a alors déclaré Michèle Lenoir-Salfati. « Nous n'avons pas de projections sur ce statut professionnel, a répondu l'UNEO. Nous ne sommes pas un syndicat professionnel et nous ne disposons pas de leur lisibilité sur ce type d'évolution. Mais nous approuvons votre seconde idée car l'ostéopathe exclusif développe son savoir-faire au contact des patients. L'ostéopathie est un soin à part entière qui prend une partie de son sens dans la complémentarité avec les autres offres de soins comme la kinésithérapie. »

« En résumé, a poursuivi Michèle Lenoir-Salfati, vos revendications sont la régulation de l'offre de formation à travers le durcissement des critères d'agrément et de leur attribution ; la mise en place de passerelles plus exigeantes qui resteraient fidèles à la mouvance professionnelle inhérente en France. Cependant, n'oubliez pas que l'ostéopathie

est un libre commerce et que nous ne pouvons pas empêcher des étudiants de s'inscrire. Mais vous pouvez avertir ces futurs étudiants sur les réalités de votre métier : une formation longue, coûteuse et dont les débouchés sont risqués ».

Étudiants fédérés, ostéopathes unis

Le dialogue s'est poursuivi et alors que Michèle Lenoir-Salfati mettait en avant la désunion entre les organisations représentatives des ostéopathes, les membres du bureau ont précisé que le but de l'UNEO restait en premier lieu de fédérer les étudiants entre eux et de préserver leur avenir. Avec, en trame de fond, la volonté de rassembler ces futurs ostéopathes, levier indispensable pour faire face aux difficultés de la profession.

« Nous allons traiter ce dossier et réaliser un compte-rendu au cabinet du ministère qui a la capacité d'arbitrage sur ce sujet. De votre côté, faites nous parvenir les critères d'agrément qui vous semblent importants. Personnellement, je regarderai où en sont les textes pour voir quelle est notre marge de manœuvre et nous essaierons d'organiser une rencontre avec le cabinet », a conclu Michèle Lenoir-Salfati. À suivre.



* Entre temps, le décret en date du 14 avril 2011 a supprimé la durée minimale de formation en ostéopathie et en chiropraxie prévue à 3520 heures par la loi du 4 mars 2002. Ainsi, la durée minimale de formation en ostéopathie reste fixée à 2660 heures, conformément aux dispositions du décret du 25 mars 2007 (voir page 14).



ROF 30 ans, déjà !

Le 15 avril, au palais du Luxembourg à Paris, le ROF (registre des ostéopathes de France) organisait une conférence pour fêter ses trente ans. L'occasion de revenir sur l'histoire du registre et de ses missions, sans non plus oublier d'évoquer l'évolution de la profession et l'importance de sa déontologie.

Robert Perronneaud Ferré a entamé la conférence par un rappel historique pour préciser qu'en 1913, le docteur Moutin a été le premier à introduire l'ostéopathie en France à travers la publication du *Manuel d'ostéopathie pratique*. Suivi, en 1949, par le docteur Robert Lavezzari avec *La nouvelle méthode clinique et thérapeutique, Postéopathie*. Mais c'est Paul Gény, kinésithérapeute, qui a contribué à réellement développer l'ostéopathie. Formé au Royaume-Uni à la BSO (British School of Osteopathy), école fondée par John Martin Littlejohn, il a créé le SNO (syndicat national des ostéopathes) en 1959, premier syndicat de la profession.



Robert Perronneaud Ferré

« J'ai adhéré au SNO en 1960 et j'ai suivi ses cours qui comportaient beaucoup de technique, ce que je déplorais. Aujourd'hui encore, pour le plus grand nombre, l'ostéopathie correspond à des manipulations et peu savent ce qu'elle est véritablement. Par la suite, les premiers ostéopathes français sont partis à la rencontre des ostéopathes américains dont notamment Viola Fryman », a relaté Robert Perronneaud Ferré. Qui a poursuivi : « Nous avons constaté que dans de nombreux pays, la pratique de l'ostéopathie était encadrée par un registre (Royaume-Uni, États-Unis, Nouvelle-Zélande). Nous avons contacté ces registres pour pouvoir nous y affilier à eux. Tous ont refusé sauf la Nouvelle-Zélande ».

23 avril 1981 : création du ROF

Ainsi, Jean Josse et Régis Godefroy, directeurs de l'IWGS (Institut William Garner Sutherland), sont devenus membres du registre des ostéopathes de Nouvelle-Zélande. Cependant, a précisé Jean Peyrière, « Nous avons pris conscience du besoin de nous structurer et le 23 avril 1981, le ROF était créé avec, comme membres du bureau Robert Perronneaud Ferré, président, Régis Godefroy, vice-président, Jean Peyrière, secrétaire général et Jean Josse, trésorier. De plus, le 21 juin 1982, à l'initiative des fondateurs du ROF, la FFO est devenue la FOF, fédération des ostéopathes de France. À travers ces deux institutions, l'ostéopathie française revendiquait le droit d'exister ».

Le mouvement s'est accéléré avec la création, en 1988, de la Collégiale Académique de France, organisme fédérateur des établissements de formation, pour proposer un seul et unique diplôme national décerné par un jury international.

L'OSTÉOPATHIE : UNE MÉDECINE GÉNÉRALE ET MANUELLE

Une définition de l'ostéopathie par Robert Perronneaud Ferré

« Pour moi, l'ostéopathie a été difficile à définir au départ. Mais au fil du temps, je la définis tout simplement comme une médecine générale et manuelle. J'insiste sur le fait qu'elle reste complémentaire de la médecine officielle dont nous ne pouvons nous passer. Les ostéopathes doivent devenir des artisans et avoir un rôle pédagogique auprès de chacun de leur patient, les nouveaux comme les anciens. La médecine s'occupe de la maladie, nous des malades. Pour bien faire comprendre le positionnement de l'ostéopathie, il ne faut pas hésiter à employer des analogies avec la médecine. Par exemple, il y a des médecins pour le corps, d'autres pour l'esprit. Posez la question à vos patients s'ils sont un corps ou un esprit. Ou bien utilisez une analogie avec une voiture qui nécessite une révision régulière. Soyez simples dans vos explications. Et n'hésitez pas à proposer vos traitements à des médecins, même gratuitement pour les convaincre. Il faut arriver à mettre en place cette collaboration, pour notre survie mais aussi pour notre gloire ».

Plusieurs centaines d'étudiants ont passé le concours et les jeunes diplômés ont prêté le serment ostéopathique.

« Nous sommes maintenant revenus à un diplôme d'école. Même si les ostéopathes ne font plus l'objet de procès pour leur pratique et si nous ne payons pas la TVA, il reste beaucoup à faire : l'ostéopathie a été reconnue, pas les ostéopathes », a déploré Robert Perronneaud Ferré. Jean Peyrière s'est quant à lui interrogé : « Dans dix ans, le ROF fêtera ses quarante ans. Y aura-t-il trop d'ostéopathes ? Je ne le pense pas. Trop d'écoles ? Non plus, car il y aura une régulation progressive. Mon optimisme

s'explique avec quelques chiffres : il y a environ 15 000 ostéopathes avec un numéro ADELI, soit 1 ostéopathe pour 4 500 habitants. La densité des médecins est de 1 pour 5 400 habitants, celle des kinésithérapeutes de 1 pour 1 100 habitants. Avec 2 000 nouveaux ostéopathes par an, il faudra près de vingt ans à la population ostéopathique pour rejoindre celle des kinésithérapeutes. Le réel danger réside dans sa désunion. Mais nous devons rester positifs, constructifs et unis car nous exerçons une belle profession ».

Éthique-déontologie -expertise : le trépied du ROF

Suite à ce rappel historique, Guy Villemain, président du ROF, a présenté la situation du ROF : « Selon les chiffres de la DRESS (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), il existe 6 971 ostéopathes exclusifs. Seuls 1 000 sont inscrits au ROF. Pourquoi ? Pour des questions qualitatives spécifiques, politiques, à cause d'une mauvaise communi-



De Gauche à droite : Jean Peyrière, Robert Perronneau Ferré, Guy Villemain et Manuel Colombes

cation de notre part, de l'esprit libéral des ostéopathes ? Ou bien de tous ces paramètres à la fois. Le nombre de jeunes diplômés sans revenus est de plus en plus grand et les dérives constatées actuellement vont s'accroître car il n'y a pas de régulation. Le ROF propose de bonnes pratiques et souhaite, grâce à sa triple approche éthique-déontologie-expertise, continuer à centrer la politique d'exercice de la profession sur la sécurité du patient ».

Pour compléter l'analyse de Guy Villemain, Manuel Colombes, avocat, a rappelé que « L'ostéopathie est une profession jeune. Mais, pour être une profession, deux éléments sont indispensables. D'abord, il faut démontrer son utilité, sa nécessité et son union pour engager un dialogue avec le ministre de tutelle. Ensuite, la profession doit être considérée comme un recours naturel et indispensable dans le cadre d'une relation professionnelle avec un praticien ». L'avenir de l'ostéopathie est un sujet de préoccupation pour le ROF, notamment la gestion des relations entre un ostéopathe installé et un jeune ostéopathe débutant.

Manuel Colombes a engagé la réflexion suivante : « Il y a environ 7 000 ostéopathes exclusifs et environ sept associations représentatives. Il n'existe aucune autre profession où l'on retrouve une telle situation. Pourquoi autant d'associations pour aussi peu d'ostéopathes ? À l'origine, la profession avait besoin de reconnaissance et de se fédérer. Chaque association a une sensibilité particulière mais avec la volonté commune de se faire reconnaître. Il serait plus opportun de définir une identité professionnelle commune que pourra respecter chaque association dans ses différences ; le but sera de se faire entendre par les pouvoirs publics pour défendre la profession, tout en conservant son identité propre. Et la déontologie comme socle commun permet de gérer le libre exercice dans le respect des patients et des confrères ».

UNIR LE CORPS, UNIR LA PROFESSION

La conférence du ROF ne s'est pas limitée aux développements d'ordre socio-professionnels et les sujets abordés ont porté sur des expertises pratiques. Jean-Michel Jarry, ostéopathe, et Yohan Diniz, double champion d'Europe, vice-champion du monde et recordman du monde du 50 km marche, ont apporté un exemple d'intégration de l'ostéopathie dans la prise en charge des sportifs de haut niveau. Ils ont présenté leur collaboration : celle-ci met en avant l'esprit d'équipe et la nécessaire coordination entre tous les acteurs qui encadrent le sportif dans l'humilité et le respect du travail des autres. En effet, a développé Jean-Michel Jarry, « le suivi d'un sportif de haut niveau, c'est la gestion des extrêmes et nos deux ennemis sont la blessure et le temps. Il y a trois types de paramètres sur lesquels l'encadrement médical et technique peut agir pour améliorer les performances du sportif : psychique, chimique et mécanique. Notre travail consiste à rechercher constamment l'équilibre parfait entre ces trois composantes. Bien souvent, nombre d'athlètes négligent un des trois paramètres ».

Cette approche thérapeutique a permis à Yohan Diniz de mieux maîtriser sa préparation physique : « Avant, je travaillais dans l'urgence, puis, peu à peu, j'ai considéré ma prise en charge ostéopathique dans une approche préventive et aujourd'hui, je la considère dans une finalité de confort. Cette approche a été déterminante. Auparavant, je travaillais en compensation et lorsque mes limites étaient dépassées, la blessure apparaissait ». Ainsi, a conclu Jean-Michel Jarry, « pour un sportif, un corps désuni ne pourra pas être efficace. C'est aussi valable pour une profession ».

De son côté, Philippe Mahé, pédiatre et ostéopathe DO, a présenté la vision d'un pédiatre sur l'ostéopathie et d'un ostéopathe sur la pédiatrie. Un témoignage à retrouver dans l'enquête de ce numéro sur "L'ostéopathie périnatale et pédiatrique".

mai



14 mai 2011

4^e édition du colloque IFSO-EFOM : lombalgie et ostéopathie

La quatrième édition du colloque de l'IFSO-PARIS aura pour thème « l'apport du regard ostéopathique dans la lombalgie commune ». Elle se déroulera à Paris sous la présidence de Didier Feltesse, médecin ostéopathe. La lombalgie est au centre des préoccupations des patients et des praticiens. C'est également un enjeu de société au regard de son coût socioprofessionnel. Il est donc essentiel de reconnaître les facteurs responsables de cette pathologie avec un regard différent et complémentaire de la médecine conventionnelle. Dans la lombalgie, l'approche multidisciplinaire est essentielle tant sur la recherche des étiologies que sur le plan du traitement, tout en sachant que les méthodes usuelles d'investigation ont parfois des difficultés à préciser les relations anatomo-pathologiques à l'origine de la douleur. Des spécialistes reconnus aborderont le rôle des différentes afférences somatiques, neurologiques et neuro-vasculaires qui pourraient être responsables des mécanismes douloureux chez le lombalgique. Chaque intervenant apportera son expertise, en faisant le point sur les prises en charge de la lombalgie, dans son domaine de compétences.

Plus d'informations sur www.ifso-efom.fr

20 mai 2011 Remue-méninges approche pluridisciplinaire autour de l'ostéopathie

Cette après-midi organisée par l'UFOF se déroulera à Charenton-le-Pont (94) et sera animée par cinq intervenants. Michael Nord abordera le thème du « processus de la décision médicale ». Chirurgien pédiatre orthopédiste, actuellement médecin ostéopathe exclusif et chercheur en aromathérapie, Michael Nord s'intéresse depuis toujours aux conditions de la pratique thérapeutique et aux éléments relationnels entrant dans celle-ci. Noël Méi, neurobiologiste et ancien directeur de recherche au CNRS à Marseille, présentera les vues actuelles et les implications possibles en ostéopathie de la sensibilité viscérale. Il démontrera l'importance de l'innervation sensitive viscérale qui intervient dans les régulations de la motricité, de l'homéostasie et du comportement, mais aussi dans l'élaboration des fonctions cognitives y compris la conscience. Philippe Andréani, ostéopathe DO, montrera l'influence des traitements ostéopathiques objectivés par caméra infrarouge radiométrique. À travers des images prises lors de consultations, il mettra en avant les différences thermiques avant et après traitement dans le cas d'entorse, d'algodystrophie, etc. Philippe Barel, ostéopathe DO, préparateur physique et préparateur mental, exposera la méthode « Action Types », une nouvelle lecture du corps. Dany Dan Debeix, docteur en psychologie et hypnothérapeute, montrera l'ensemble des possibilités dans lesquelles l'hypnose excelle dans le domaine social, comportemental, de la santé et pour toutes manifestations psychosomatiques.

Plus d'informations sur <http://www.osteofrance.com>

20 et 21 mai 2011 Symposium romand d'ostéopathie : dysfonctions de la sphère ORL et ostéopathie

Ce symposium se déroulera à Lausanne en Suisse et sera composé de conférences et d'ateliers pratiques. Les conférences porteront entre autres sur les pathologies de la sphère ORL, pathologies et diagnostics différentiels des rhinosinusites notamment. Un focus sur les acouphènes sera fait à travers l'approche de la médecine ostéopathique dans leur traitement. Pour les sinusites aériennes, diagnostic différentiel et traitement ostéopathique seront présentés. Par ailleurs, la prise en charge de la dysfonction cranio-mandibulaire et le modèle de collaboration avec le médecin-dentiste fera l'objet d'une conférence. Les ateliers pratiques porteront sur : les sinusites aériennes et leur traitement ostéopathique depuis les tissus osseux jusqu'aux liquides, l'analyse occlusale et la technique d'inhibition du trijumeau, l'utilisation de techniques ostéopathiques dans le traitement des acouphènes, l'asthme et la méthode Gesret et enfin, l'équilibration des sphères.

Plus d'informations sur www.mainslibres.ch

28 mai 2011 Ostéopathie : les voies d'avenir pour une santé durable

La CNO (chambre nationale des ostéopathes) organise une journée scientifique à Paris sur le thème « Ostéopathie : les voies d'avenir pour une santé durable ».

Plus d'informations sur <http://journées-scientifiques-osteopathie.fr/>

juin

Du 3 au 7 juin 2011

28^e symposium international d'ostéopathie de Montréal

Le symposium est avant tout la rencontre entre anciens et nouveaux ostéopathes, entre étudiants canadiens et d'autres pays pour partager et échanger des solutions efficaces pour les patients. C'est une occasion de développer la palpation, d'apprendre de nouvelles méthodes thérapeutiques ostéopathiques, de se ressourcer, de rencontrer de nombreux experts. Cette année, les organisateurs ont défini le thème du symposium à partir de la phrase d'Andrew Taylor Still : « Tous les remèdes nécessaires pour la santé existent dans le corps humain. Ils peuvent être administrés en ajustant le corps de telle manière que les remèdes peuvent naturellement s'associer entre eux ».

Ce concept constitue la clé du travail des ostéopathes et les conférenciers développeront ce thème à travers de nombreux sujets. L'organisme, une fois libéré des barrières traumatiques et des séquelles des émotions, est capable de trouver le chemin de la santé à plusieurs niveaux. Le métabolisme retrouve son équilibre biochimique naturel. L'ostéopathie est un bienfait pour la population et s'intègre dans la complémentarité des professions de santé. Utile, elle représente des solutions pour les patients et des économies pour notre société. Pour les ostéopathes canadiens, ces rencontres sont aussi l'occasion de s'organiser pour la reconnaissance de leur formation au niveau universitaire, comme dans de nombreux pays, et celle de l'ostéopathie au Canada.

Plus d'informations sur www.symposiumceo.ca

17 juin 2011

1^{re} édition de la journée de l'ostéopathie : de l'enfance au sportif de haut niveau

Cette journée a pour objectif de présenter au grand public l'ostéopathie par les interventions d'ostéopathes et de professionnels reconnus : Aldo Naouri, pédiatre, Jean-Pierre Relier, chef de service en néonatalogie à Cochin Port-Royal et professeur de pédiatrie à l'université René-Descartes, Bruno Ducoux, Roselyne Lalauze-Pol, Julien Vignes, Éric Delion et Michèle Barrot, ostéopathes DO, Bernard Laporte, ancien secrétaire d'État chargé des sports auprès de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et ancien entraîneur du XV de France, Patrick Tépé, médecin et ostéopathe du Stade Toulousain, Jean-Marcel Ferret, médecin de l'équipe de France de football championne du monde en 1998, Rico Leroy, surfeur. Cette conférence aura également une dimension institutionnelle par la présence d'Édouard Couty, conseiller maître à la cour des comptes, ancien directeur des hôpitaux puis de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé, et par la présence d'une personne du service d'Annie Podeur, directrice générale de l'offre de soins, ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Ouverte aux professionnels et au grand public, cette journée aura lieu au CNAM à Paris.

Inscriptions par e-mail : lajourneedelosteopathie@gmail.com et contact au 01 45 23 09 27



16 et 17 juin 2011

Congrès euro-méditerranéen à Marrakech

Ce congrès sera divisé en deux journées. La première sera consacrée au thème « périnatalité et ostéopathie ». Stéphane Niel, ostéopathe DO, abordera « les contraintes mécaniques et morphogénèse crânienne », et Céline Houchot, « le dialogue endomètre-embryon ». La présentation d'Olivier Ami, médecin obstétricien à la maternité de Clamart, portera sur la mécanique de l'accouchement et l'adaptation materno-foetale. La deuxième journée sera dédiée au sport avec entre autres, Carlo Moroni, ostéopathe, dont la conférence portera sur l'« optimisation de la performance » ; Alain Bédouet, ostéopathe DO, et Rodrigue Pignel, ostéopathe médecin, proposeront une présentation sur le thème « ostéopathie crânienne, visualisation et préparation du sportif ». L'ostéopathie et les traumatismes du golf et du tennis et l'apport de l'ostéopathie dans la préparation des grands championnats seront également abordés.

Plus d'informations sur <http://www.osteocongresmarrakech.com/>

25 et 26 juin 2011

6^{es} rencontres d'ostéopathie comparée 2011

Les rencontres se dérouleront à la ferme de Saint-Ygnan (09). Elles s'adressent à tous ceux que l'ostéopathie intéresse, sans aucun préjugé et dans la convivialité. Ces deux jours sont consacrés aux échanges d'expériences entre ostéopathes. L'objectif est de confronter des expériences entre professionnels, vétérinaire ou pas.

Plus d'informations sur <http://www.revue-osteop4pattes.eu>

mai

Approche ostéopathique des affections de la sphère ORL**Du 12 au 14 mai**

CETHOM

Lieu : Lognes (77)

Tarif : 450 €

www.cethom.com**Integrative osteopathic technique : manipulations structurales des membres périphériques****20 et 21 mai**

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 420 €

www.cfpcoco.fr**Fasciapraxie - Niveau 4****21 et 22 mai**

Fasciapraxie

Lieu : Lisses-Essonne (91)

Tarif : 305 €

www.fasciapraxie.com**Perfectionnement en techniques structurales et ostéopathie des sportifs de haut niveau****29 et 30 mai**

Sport-ostéo

Lieu : Lyon (69)

Tarif : 390 €

www.sport-osteo.com

juin

Accompagnement ostéopathique de la femme**Du 2 au 4 juin**

AFCMS

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 610 €

www.afcms.fr**Thérapie crano-sacrée Upledger****Du 2 au 5 juin**

IFCOS

Lieu : Paris

Tarif : 790 €

www.ifcos.fr**Ostéopathie neurale****Du 3 au 5 juin**

LOPG

Lieu : Loos (59)

Tarif : 500 €

www.post-graduate.fr**Ostéopathie en pédiatrie (de la naissance à 3 ans) - Du diagnostic au traitement****4 et 5 juin**

Ostéo-évolution

Lieu : Aix-en-Provence (13)

Tarif : 390 €

www.osteo-evolution.fr**Posturologie et ostéopathie****11 et 12 juin**

IFCOS

Lieu : Lille (59)

Tarif : 395 €

www.ifcos.fr**Traitement ostéopathique des pathologies infantiles****Du 12 au 14 juin**

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 595 €

www.cfpcoco.fr**Ostéopathie viscérale : les bases****Du 17 au 19 juin**

CFPCO

Lieu : Bruxelles

Tarif : 595 €

www.cfpcoco.fr**Biotenségrité et ostéopathie pratique****18 et 19 juin**

LOPG

Lieu : Loos (59)

Tarif : 300 €

www.post-graduate.fr**Ostéopathie symbolique et approche transgénérationnelle des lésions génitales****Du 22 au 24 juin**

Bretagne ostéopathie

Lieu : Vannes (56)

Tarif : 430 €

www.bretagne-osteopathie.com**Ostéopathie périnatale : suivi de grossesse et préparation à la naissance****Du 24 au 26 juin**

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 595 €

www.cfpcoco.fr**Perfectionnement en techniques structurales et ostéopathie des sportifs de haut niveau****26 et 27 juin**

Sport-ostéo

Lieu : Metz (57)

Tarif : 390 €

www.sport-osteo.com

DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

Omniprésente, la **lombalgie** fait aujourd’hui l’objet d’une prise en charge par de nombreux professionnels de santé. **Réduire sa douleur** et **lutter contre sa chronicité** nécessitent de coordonner l’action de tous ces acteurs. Nous vous présenterons leur expertise pour mieux définir le **rôle de l’ostéopathe** et les moyens à sa disposition pour apporter la meilleure réponse à son patient.

D’autre part, cette prise en charge représente également un **enjeu de société** au regard de son coût socioprofessionnel. Au-delà de ce cas particulier, nous verrons comment l’ostéopathie joue un **rôle préventif** dans une optique de **santé durable**.

Retrouvez également des **interviews** d’ostéopathes, notre analyse **juridique**, nos conseils de **gestion** pour votre cabinet et toute l’**actualité** de votre profession dans le prochain numéro de *L’ostéopathe magazine*.

OFFRE PRO
abonnement 1 an / 6 numéros
120 €

TARIF ÉTUDIANT
abonnement 1 an / 6 numéros
60 € au lieu de 120 €

L’OSTÉOPATHE MAGAZINE *Je m’abonne* **Bulletin d’abonnement** à retourner à :
RCR Éditions
176 rue Saint-Maur 75011 Paris

M^{me} M^{lle} M. Profession _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone _____ E-mail _____

Offre PRO - 120 € Offre étudiant - 60 € au lieu de 120 € (joindre la photocopie de la carte d’étudiant)

Je veux recevoir ces numéros dans mon abonnement : 1 2 3 4 5 6 7 8

J’adresse mon règlement par chèque bancaire ou postal à l’ordre de RCR Éditions

Je souhaite recevoir une facture Date : _____ Signature : _____

MÉTIER

ENQUÊTE



OSTÉOPATHIE PÉRINATALE ET PÉDIATRIQUE

Une prise en charge évidente et des compétences spécifiques

Pour l'ostéopathe, traiter le nouveau-né s'impose comme une évidence au vu des résultats qu'il peut obtenir. Avec une efficacité directement liée à une prise en charge positionnée le plus en amont possible dans le développement du bébé. Mais le périmètre de l'ostéopathie périnatale et pédiatrique (OPP) est plus large qu'il n'y paraît et nécessite de prendre en compte l'environnement du nourrisson et particulièrement la relation mère-enfant. Tout en travaillant en harmonie avec les professionnels de la périnatalité.

Reconnue et sollicitée par les autres professionnels de santé, l'ostéopathie est de plus en plus présente dans les maternités. Mais les décrets d'application parus en 2007 interdisent aux ostéopathes toute manipulation du nourrisson de moins de six mois sans certificat de non contre-indication délivré par un médecin. D'où la nécessité de définir précisément le périmètre d'action de l'ostéopathe pour déterminer les compétences à posséder. Pédiatrie, obstétrique, physiologie du nourrisson, etc. : quel niveau de connaissances faut-il maîtriser dans ces disciplines pour assurer efficacement et sans danger la prise en charge des nourrissons ?

Par ailleurs, au-delà de la technique, il s'agit d'une véritable approche à adopter, avec une dimension relationnelle qui prend toute son importance dans la réussite du traitement. Entre une pratique spécialisée et la mise en œuvre de com-

pétences spécifiques, l'OPP impose une expérience clinique importante qui seule permettra aux ostéopathes d'améliorer le traitement des nouveau-nés. Les ostéopathes doivent aussi œuvrer à légitimer l'ostéopathie auprès du système médical. Avec un objectif : favoriser une prise de conscience collective pour installer définitivement l'ostéopathie parmi les autres professions de santé en tant que pratique responsable et professionnelle.

L'OPP française est riche. Riche d'ostéopathes investis dans son développement. Riche d'une pratique très diverse. Riche de sa formation professionnelle et de ses associations qui, à leur façon, contribuent à fédérer cette spécialité et à favoriser la recherche. À travers ce dossier, nous voulons vous proposer les témoignages d'ostéopathes engagés et mettre en avant des expériences qui contribuent à la valorisation de l'OPP.



interview

Bruno Ducoux

Ostéopathe DO

« Développer des compétences liées à la naissance et à la petite enfance »

Bruno Ducoux exerce l'ostéopathie auprès des nouveau-nés depuis 1982. Cette pratique est devenue officielle en 2004. Il s'est notamment formé au contact de Lionnelle Issartel, auteur de *L'ostéopathie exactement*, et de Nicette Sergueff.



Jusqu'à quel point peut-on considérer comme spécifique la prise en charge OPP ?

Le principe de l'ostéopathie est la recherche de la santé. À la naissance, l'individu possède un capital santé qui diminue avec le temps. Pour certains nouveau-nés, ce capital est entamé dès la naissance. Ainsi, pour l'OPP, je ne parlerai pas de spécialité ; cependant, pour aborder cette prise en charge, l'ostéopathe doit développer des compétences spécifiques relatives à la naissance et à la petite enfance. Je préfère parler d'une approche de l'ostéopathie pédiatrique, comme il est nécessaire d'en avoir une dans la prise en charge des personnes âgées. D'ailleurs, dans les directives sur la pratique de l'ostéopathie publiées en novembre 2010 par l'OMS, le niveau de formation est positionné au master 2 et l'OPP doit faire l'objet d'un cursus de 400 heures dont 160 de pratique encadrée.

Au-delà de cette définition technique et officielle, l'OPP est plus une démarche qu'un ensemble de techniques et de protocoles et l'ostéopathe doit engager une véritable réflexion sur cette pratique. Il est nécessaire d'acquérir des savoirs, des savoir-faire mais également des savoir-être.

Quel est le cadre d'exercice de l'OPP ?

Je définis l'ostéopathie périnatale et pédiatrique comme une prise en charge qui débute depuis la grossesse jusqu'à la puberté. Dans la vie d'un individu, de nombreuses choses sont dépendantes de la première année d'existence. Notre évolution physique peut être comparée à la croissance d'un arbre : planté de travers, il ne poussera pas droit. Par ailleurs, le nouveau-né vient au monde avec une mémoire émotionnelle développée entre autres à travers son sens du toucher. La palpation devient alors un outil exceptionnel dans les premiers âges de la vie et permet un contact privilégié avec le nourrisson. Le toucher est comme une nourriture affective et représente un outil de résilience, pour reprendre le titre des *Nourritures affectives*, l'ouvrage de Boris Cyrulnik, neurologue, psychiatre, éthologue et psychanalyste français qui a développé le concept de résilience*.

Quels sont les enjeux de l'OPP en France ?

En France, il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique. Comme il est démontré dans le *Livre blanc de l'ostéopathie* de Guy Roulier et Michel Fischer (1995, éditions FESO), l'ostéopathie, dans sa prise

en charge holistique et sa démarche étiologique, réduirait de 20 à 30 % les dépenses de santé. Particulièrement en pédiatrie où la prescription médicamenteuse est élevée. Néanmoins, en France, en raison de la prise en charge ostéopathique disparate des enfants, il serait nécessaire de mettre en place un référentiel et de développer la recherche sur le sujet.

Dans quel sens orienter la recherche ?

Dans nos cabinets, nous sommes conscients de l'efficacité de nos traitements. Il est indispensable de se soumettre aujourd'hui à l'EVB (evidence based medicine) et donc, pour l'ostéopathie, de définir des critères de recherche recevables pour ensuite développer plusieurs approches de recherche différentes. Car il est essentiel, dans un premier temps, de démontrer que la prise en charge ostéopathique des nouveau-nés et des enfants n'est pas nuisible. Ensuite, il faudra définir les bénéfices que tire le patient de l'ostéopathie et dans quels domaines (ORL, digestif, locomoteur, etc.). Et enfin, trouver des modèles d'organisation pour que les ostéopathes s'intègrent dans une équipe pédiatrique. Actuellement, une étude est

en cours au CHU de Bordeaux dans le service de chirurgie cardiaque pédiatrique pour mesurer l'efficacité des séances d'ostéopathie en post-opératoire.

Comment acquérir les bases pour pratiquer l'OPP ?

Il existe de nombreuses formations post-graduées. Mon souhait est de les rassembler autour d'un référentiel de formation à l'instar de celui du CDOP (collectif de développement de l'ostéopathie périnatale), notamment en se basant sur un programme de 400 heures.

Vous êtes directeur de la FROP. Comment définiriez-vous les activités de cette association ?

La FROP existe depuis 2009 et propose une formation sur 400 heures réparties sur deux années. Des enseignements théoriques sont proposés au cours de cette formation mais aussi une partie clinique encadrée à l'hôpital, dans des cliniques pédiatriques encadrées, au sein d'associations, de la PMI (protection maternelle infantile) et dans des missions humanitaires. Nous souhaitons aussi développer une approche humanitaire avec Médecins du monde. La FROP s'engage dans la recherche en ostéopathie,

mais pas directement. Elle reverse ses crédits de recherche au FOREOS. Une promotion de trente ostéopathes est déjà sortie du FROP et une autre est en cours de formation. Notre développement se fait par bouche à oreille.

Pourquoi les ostéopathes décident-ils de suivre une formation aussi longue ?

Habituellement parce qu'ils se rendent compte qu'ils n'obtiennent pas de résultats. Et qu'ils ont conscience, par ailleurs, des enjeux de l'OPP. En effet, dans le suivi d'un enfant jusqu'à l'adolescence, les ostéopathes réalisent que les problèmes rencontrés à la naissance se retrouvent plus tard. L'objectif est d'agir à l'origine même des futurs problèmes de santé pour aider le corps à s'auto-guérir. Pour ceux ayant déjà suivi une

formation en 120 heures, ils sont intéressés par l'aspect « compagnonnage » et réflexif de notre formation. Autre spécificité de notre enseignement, nous demandons aux participants de réaliser des études de cas dans leur cabinet, que nous corrigeons et évaluons. En plus des 160 heures de clinique, le diplôme n'est délivré qu'après la rédaction d'un mémoire de recherche.



* **Résilience** : phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique pour ne plus vivre dans la dépression. La résilience serait rendue possible grâce à la réflexion, à la parole et à l'encadrement médical d'une thérapie, d'une analyse.



EGKO – L'association européenne d'ostéopathie pédiatrique

Créée par Torsten Liem, ostéopathe allemand, l'EGKO (Europäischen Gesellschaft für Kinder-Osteopathie) vise à mettre en place les préconisations de l'OMS relatives à la durée de formation et nécessaires pour pratiquer l'OPP, à savoir 400 heures dont 160 de pratique encadrée. Les objectifs de l'association sont les suivants :

- Présenter les possibilités diagnostiques et thérapeutiques de l'ostéopathie dans le champ pédiatrique en particulier, mener une information sur les développements actuels dans ce domaine et favoriser la reconnaissance et la diffusion de l'ostéopathie pour les enfants à travers la presse professionnelle et les médias
- Aider le patient dans sa recherche d'ostéopathes hautement qualifiés en ostéopathie pédiatrique, notamment par la réalisation et la mise à jour d'une liste de thérapeutes, et conseiller les parents sur l'ostéopathie et l'éducation à la santé des enfants
- Organiser des conférences, tables rondes, débats et colloques pour le grand public
- Organiser et développer un réseau multidisciplinaire pour promouvoir la coopération et l'échange d'expériences entre ses membres
- Délivrer des bourses de formation et décerner des prix pour des réalisations exceptionnelles dans le champ d'intérêt de l'association
- Publier des articles scientifiques et les enseignements disponibles, organiser des formations, ateliers et conférences
- Réaliser ses propres projets de recherche
- Favoriser la coopération avec les centres d'ostéopathie pédiatriques au niveau national, européen et international.

Pour adhérer à l'association, les ostéopathes travaillant depuis moins de six ans avec des enfants doivent justifier d'au moins 400 heures de formation en ostéopathie pédiatrique, selon les directives européennes de l'INPO (International Network of Pediatric Osteopathy, réseau international d'ostéopathie pédiatrique*). Les ostéopathes travaillant avec les enfants depuis au moins six ans doivent apporter la preuve de 300 heures de formation dans le domaine de l'ostéopathie pour l'enfance. Des publications peuvent également être partiellement créditées et pendant la première année, les nouveaux adhérents devront réaliser trois études de cas présentant diagnostics médicaux, discussion ostéopathique, résultats, thérapeutique et conclusions. Et pendant la première année, ils devront participer à une journée clinique avec des enfants.

* Retrouvez l'intégralité des directives européennes du Réseau international d'ostéopathie pédiatrique sur <http://www.kinderosteopathen.eu/pdf/keycompetencies.pdf>
Plus d'informations sur www.kinderosteopathen.eu

Ostéopathie pour les bébés, Dialogue à trois voies

Dans le cadre de sa formation continue pour les ostéopathes, la FROP a réalisé et édité ce DVD en 2009. Il rassemble un film, *Ostéopathie pour les bébés, Dialogue à trois voies*, avec Bruno Ducoux, et deux conférences. La première, « Sensorialité fœtale » présente l'importance des perceptions sensorielles avant la naissance. Elle est animée par le professeur Jean-Pierre Relier, néonatalogiste. La seconde, « Sage-femme et ostéopathie », animée par Élisabeth Boilot, sage-femme et ostéopathe, met en avant la pertinence de l'ostéopathie autour de la naissance.

Film de vingt minutes en français et en anglais, *Ostéopathie pour les bébés, Dialogue à trois voies* montre que la mémoire corporelle du bébé est loin d'être vierge à la naissance.

Bruno Ducoux, ostéopathe DO et directeur de la FROP

« De nombreuses expériences sensorielles ont déjà façonné ce petit être humain. L'odorat, le goût, le toucher, l'ouïe, l'équilibre, le ressenti du bébé ont enregistré de nombreuses informations pendant huit mois. Les informations corporelles de la naissance s'ajoutent aux informations génétiques, épigénétiques et sensorielles anténatales pour constituer un immense réservoir de mémoires corporelles.

Ainsi, l'intervention de l'ostéopathe au sein de l'équipe qui accompagne le bébé et ses parents se présente comme un dialogue sensoriel à trois voies : le bébé, son environnement et l'ostéopathe. Chez le bébé, le toucher est un sens particulièrement développé par neuf mois de vie aquatique et au seuil de la vie aérienne. Dès lors, pour l'ostéopathe, il ne s'agit pas tant de « manipulations » mais d'un échange avec rétroactions. La consultation ostéopathique commence avec l'intention des parents de montrer leur bébé à un ostéopathe ; sa disponibilité, sa compétence professionnelle et sa juste attitude sont prépondérantes dans cet échange. L'ostéopathe cherche un contact manuel qui est plus une perception qu'une palpation ; c'est un point d'appui, un « fulcrum vibratoire » ouvrant le champ de communication et



d'échanges avec le bébé et son environnement. Cette communication institue un parcours personnalisé rigoureux et non l'application mal digérée de recettes émanant de théories floues.

La santé, un « point neutre » autour duquel les tissus se réorganisent

Les notions d'axe dans les trois plans de l'espace, de symétrie du corps et des membres, de tensions, de pressions, de restrictions de mobilité vont guider les mouvements de l'ostéopathe à la recherche de la santé présente ; il ne s'agit pas de diagnostiquer des maladies, ce qui est le rôle du pédiatre. La santé se manifeste par un « point neutre » de calme, de tranquillité autour duquel les tissus vont se réorganiser ; c'est une approche informationnelle directe qui s'adresse au système nerveux du bébé. Ce système nerveux n'est pas encore mature à la naissance, il est donc essentiel de ne pas le solliciter au-delà de ses possibilités du moment.

Les réactions émotionnelles du bébé et de son environnement sont partie intégrante du traitement ; mettre des mots sur les émotions permet d'éliminer de la mémoire corporelle du bébé un passé qui peut déjà être un fardeau et qui va se traduire souvent par des troubles digestifs et du sommeil. Les parents sont les premiers concernés par l'importance du toucher et la poursuite de la relation « peau à peau » avec leur bébé mise en place depuis la naissance. »



Prise en charge ostéopathique du nourrisson

LES CONSEILS DE BRUNO DUCOUX

- Ne pas nuire. Un bébé réagit très vite, il ne faut pas insister.
- Connaître ses limites, celles de l'ostéopathe. Il est nécessaire de faire attention lors de la première prise en charge d'un nourrisson car il y a beaucoup d'éléments en formation. Ce n'est pas un « petit homme ». Tout est souple, tout bouge. Le système viscéral est très dépendant de la circulation. Il ne faut donc pas le comprimer.
- Un nourrisson peut vite se fatiguer ou au contraire être dans un moment favorable ; la durée des consultations dépend donc de ses capacités.
- Tenir compte de l'environnement, entre autres des parents dans le traitement.



interview

Roselyne Lalauze-Pol

Ostéopathe DO



« La prise en charge pluridisciplinaire nécessite une communication avec les professionnels de santé »

Roselyne Lalauze-Pol exerce au service de chirurgie maxillo-faciale et d'orthopédie dento-faciale de l'hôpital Robert Debré à Paris. Elle est titulaire du DU Anatomie appliquée à la clinique et l'imagerie médicale, du DIU Mécanique et techniques obstétricales et du DU Perception, action, troubles d'apprentissage.

Pouvez-vous préciser le cadre de prise en charge de la femme enceinte et de l'enfant en ostéopathie périnatale et pédiatrique (OPP) ?

Du côté maternel, la prise en charge débute chez la femme enceinte. Elle se poursuit pendant la période post-partum jusqu'à la fin de l'allaitement car pendant l'allaitement, la femme reste imprégnée d'hormones, avec une grande laxité. Elle peut présenter

des troubles posturaux. Du côté pédiatrique, la prise en charge peut avoir lieu dès la naissance jusqu'à 18 ans. Durant les deux premières années, le nourrisson, puis le grand nourrisson, développent les acquisitions motrices volontaires, puis apparaît le langage.

Pourquoi associer mère et enfant dans la prise en charge ?

Le développement cognitif et moteur du bébé dépend en partie des rapports avec sa mère. Jean-Pierre Changeux, neurobiologiste, affirme que lorsqu'un bébé croise le regard de sa mère, près de 40 000 synapses sont activées. L'ostéopathe peut apporter du confort à la mère enceinte en cas de douleur (lombalgie, fausse sciatique, etc.). Si la mère est détendue, la mise en place de la relation mère-enfant sera meilleure. Par son action au niveau du bassin, l'ostéopathe peut, si besoin est, libérer le cadre osseux où évolue le fœtus, pour parfois permettre un meilleur développement. D'autre part, après l'accouchement, une statique perturbée peut engendrer des douleurs. Il faudra alors rechercher, par exemple, une coccygodynie qui rend la position assise quasi impossible, engendrant le plus souvent des difficultés d'allaitement.

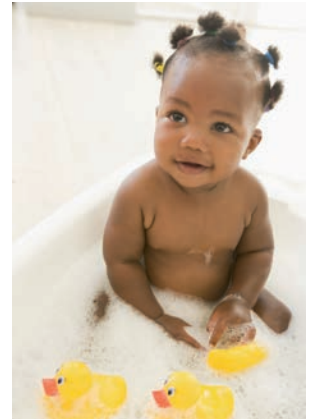
Quelles indications rencontrez-vous dans votre pratique de l'OPP ?

Un enfant algique a besoin d'une prise en charge même s'il n'exprime pas verbalement la douleur. Au-delà du retour

à la bonne santé, l'ostéopathe périnatal et pédiatrique va prendre en charge certaines pathologies. Dans ma pratique et celles des confrères que j'ai formés, nous prenons en charge les RGO non liés à une allergie, d'enfants présentant des douleurs, des troubles posturaux, des troubles neurologiques : hypotonie, hypertonie, diplégie spastique, etc. Attention : dans ces indications, la prise en charge ostéopathe ne doit pas remplacer un suivi pédiatrique ou orthopédique, etc. Il est indispensable de travailler en transdisciplinarité avec le pédiatre, le médecin, le kinésithérapeute, l'orthophoniste, etc. L'ostéopathe doit apporter un plus dans la prise en charge pour que le nourrisson se développe le mieux possible. Aujourd'hui, il n'y a pas encore d'études cliniques randomisées pour prouver notre efficacité mais la détente, la diminution des pleurs, etc., qui font suite de manière durable à la consultation, montrent que nous soulageons les nourrissons.

Et pour les femmes enceintes ?

Pour celles-ci, nos résultats sont assez fréquemment reconnus mais il est indispensable de connaître nos limites et surtout les contre-indications à cette prise en charge. Ainsi, il faut proscrire la manœuvre par version externe pour que le fœtus se présente en céphalique lors de l'accouchement : elle nécessite d'être réalisée sous échographie avec une consultation de surveillance le lendemain. L'ostéopathe pourra agir uniquement sur le



« L'abord ostéopathique en OPP ne recourt pas aux manipulations mais à des mobilisations s'il existe un trouble fonctionnel ou une pathologie articulaire. L'objectif sera de retrouver des amplitudes articulaires physiologiques du rachis et des membres et d'obtenir un tonus musculaire symétrique, les deux corrélés avec l'âge de l'enfant. »

bassin de la mère et s'il n'obtient pas de résultats, l'indication, puis la technique, relèveront de l'obstétricien. De plus, il y a des contre-indications absolues à la prise en charge de la femme enceinte : une cholestase gravidique ou une pré-éclampsie, une grossesse gémellaire mono-amniotique - mono-choriale. Celles-ci nécessitent une réorientation de la patiente vers l'équipe obstétricale.

En France, quelles sont les problématiques liées à la pratique de l'OPP ?

La prise en charge reste très disparate. Avec plus de 59 écoles accréditées, les enseignements sont hétérogènes. Mais généralement, les formations initiales doivent être complétées par l'acquisition de connaissances en obstétrique et en pédiatrie indispensables pour

que l'ostéopathe puisse exploiter les données fournies par le suivi médical de la grossesse et des suites de couches. Il sera alors en mesure d'apporter un plus, voire d'aider un enfant à sortir d'un problème de santé difficile. La prise en charge des plagiocéphalies correspond au B-A-BA de l'ostéopathe et l'enseignement spécifique lui permettra d'analyser les données médicales pour, par sa pratique manuelle, apporter une aide maximale. Il est indispensable d'être capable de relier la palpation analytique avec les pathologies présentes.

Comment établir des relations avec les autres acteurs de la périnatalité et de la pédiatrie ?

La prise en charge pluridisciplinaire reste indispensable et nécessite une communication avec les professionnels de santé. Par exemple, l'ostéopathe peut

déceler très tôt des troubles du tonus entre un ou plusieurs membres ou d'un héli-tronc. Si l'enfant n'a pas été encore dépisté, l'ostéopathe signalera cette dystonie à l'aide du carnet de santé ou par un courrier au pédiatre qui demandera une consultation de neuropédiatrie pour poser un diagnostic étayé par des examens complémentaires. Pour des pathologies lourdes, l'ostéopathe peut améliorer les conditions de vie des enfants. À travers cette démarche, il va s'inscrire dans la chaîne de soins et de plus en plus d'ostéopathes pourront alors intégrer des maternités et des services hospitaliers spécialisés. Savoir dialoguer avec tous les intervenants de la chaîne de soins de l'enfant va autoriser une prise en charge pédiatrique ostéopathique optimale, tout en diminuant les pertes de chance. Avoir une attitude passive peut parfois être une erreur éthique.

Comment favoriser la transdisciplinarité ?

Pour favoriser le dialogue avec le monde de la petite enfance, l'enseignement clinique est essentiel, notamment afin de faire le lien entre la clinique médicale et la clinique ostéopathique. Les ostéopathes enseignants en OPP doivent, dans leur formation, faire ce rapprochement entre les données médicales objectives et celles recueillies par le toucher. L'analyse de ces données médicales, associées à l'interrogatoire, est indispensable pour prendre toutes les précautions palpatoires lors de la consultation.

Nombre d'ostéopathes sont susceptibles de recevoir des parents qui refusent la prise en charge médicale classique. Leurs enfants ne vont pas chez le pédiatre. Dans notre profession, c'est un risque élevé car ces parents considèrent l'ostéopathie comme une alternative

Cas clinique

Un enfant de quatre mois présente une hypotonie importante marquée et une plagiocéphalie droite. Dans les antécédents maternels, nous notons deux naissances prématurées à trente semaines et, pour cette grossesse, un allitement pour MAP (menace d'accouchement prématuré) dès la seizième semaine de grossesse et jusqu'à la 39^e semaine. L'accouchement est dystocique. Dès le début du travail, le fœtus est engagé en présentation postérieure et rapidement la progression s'arrête. Une césarienne en urgence est réalisée car le fœtus présente des ralentissements cardiaques tardifs (brachycardies fœtales). Une AG (anesthésie générale) est réalisée pour extraire en urgence le fœtus par césarienne.

À la naissance, l'enfant pesait 3,370 kg. Sa taille était de 51 cm, son périmètre crânien de 34,5 cm et son Apgar 7-9-10. Il présentait une hypotonie. À 21 jours, il a été hospitalisé pour un épisode fébrile important et une hypotonie sévère. À deux mois et demi, il a été hospitalisé une seconde fois pour un épisode similaire. L'enfant est suivi par un neuropédiatre.

À quatre mois, il vient consulter au cabinet pour son hypotonie et sa plagiocéphalie posturale. À la palpation, on trouve un occiput postérieur, alors que les deux premières cervicales sont très antérieures. Pas de signes classiques de luxation rotatoire classique de type I observables dans de nombreuses plagiocéphalies posturales, mais un sévère trouble articulaire. La palpation et les mobilisations réalisées sont douces et précises, avec pour objectif de remettre les surfaces articulaires les unes en regard des autres. À la fin de la consultation, l'enfant tient sa tête et le haut du dos.

L'IRM réalisée au cours de la seconde hospitalisation n'a révélé aucun trouble du parenchyme cérébral ou médullaire pouvant expliquer l'hypotonie. À ce stade, la myélinisation est loin d'être terminée. Troublée par la palpation de la veille, je vais observer, le lendemain, les coupes scanner dans le service d'imagerie médicale ; le compte-rendu du scanner ne figure pas dans le dossier. À ma lecture des coupes, il apparaît une dislocation de la charnière crânio-cervicale, avec un engagement de l'arc postérieur de l'atlas dans le foramen magnum, sans menace directe de la moelle épinière, et un arrachement partiel de la synchondrose de la base de l'odontoïde.

À sept mois, l'enfant tient assis avec un appui des mains mais présente un déficit des fléchisseurs. Nous avons décidé de lui mettre une minerve pour l'aider à garder une position physiologique de la charnière crânio-cervicale. Ce cas a été discuté avec trois orthopédistes de l'hôpital. Sur le plan orthopédique, ils n'avaient pas de traitement à proposer. À la suite de cette prise en charge ostéopathique, l'enfant présente un développement psycho-moteur assez satisfaisant et notamment une bonne préhension. Un compte-rendu avec le diagnostic ostéopathique a été donné au neuropédiatre hospitalier : instabilité de la charnière crânio-cervicale, avec déficit des muscles antérieurs, bonne préhension.

Si l'enfant n'avait pas eu de traitement ostéopathique, il est difficile d'établir un pronostic de son développement car la résilience est variable selon les enfants ; elle dépend de leur environnement et du comportement des parents.

thérapeutique absolue, et c'est une prise de risque élevée tant pour les parents que pour l'ostéopathe sur le plan médico-légal. Il faut donc toujours s'assurer que l'enfant est inscrit dans le parcours de soins ; c'est sinon une véritable perte de chance pour l'enfant.

Dans ces cas-là, faut-il alerter ?

C'est difficile à affirmer car nous ne nous trouvons pas dans des cas de maltraitance. Mais il est indispensable de demander ce suivi et de noter sur nos fiches cliniques que nous l'avons recommandé.

Quelle est votre activité au sein de l'hôpital Robert Debré à Paris ?

J'interviens avec deux consœurs, essentiellement sur des indications relevant de l'orthopédie dento-faciale et de la chirurgie maxillo-faciale. En collaboration avec l'équipe médicale, nous traitons des enfants présentant des troubles fonctionnels mais aussi de sévères pathologies : syndrome de Williams, de Kabuki, dysmorphies, hypertrophie hémicorporelle, etc. Parfois, pour des indications relevant de l'orthophonie, l'orthodontie et de suites de chirurgie maxillo-faciale : syndrome du premier arc, fentes, etc.

Et en cabinet ?

En cabinet, je traite des plagiocéphalies posturales, certains RGO. Je prends également en charge des enfants présentant des troubles neurologiques : paralysies obstétricales du plexus brachial, diplégie spastique, hémiplégie infantile, etc. Les cas neurologiques constituent un tiers de mon activité car on m'oriente ces patients, sachant que je m'intéresse à ces troubles depuis mon retour du Vietnam en 1996 (ndlr : aux côtés de pédiatres de l'AMVF, Association des Médecins Vietnamiens de France, Roselyne Lalauze-Pol a assuré une consultation en ostéopathie

à Saïgon dans l'une des plus grandes maternités au monde, voir *L'ostéopathe magazine n°1*).

Quels sont les tests indispensables à réaliser ?

Rechercher les troubles du tonus, les dysmorphies, repérer les enfants qui grimacent, qui signent un état douloureux et recourir à des échelles de douleur. Pour évaluer l'efficacité du traitement à l'issue de la consultation, l'enfant ne doit pas être endormi, sauf s'il est repu. Cela signe une baisse de sa vigilance, voire une absence du tonus postural. Il est alors difficile d'évaluer l'efficacité du traitement. Et il n'est pas rare de recevoir un appel téléphonique des parents dans les trois à cinq jours après la consultation : le nourrisson, très calme les premiers jours, est à nouveau hypertonique. Alors que si l'enfant est vigilant et détendu à l'issue de la consultation, le traitement pourra perdurer.

Photos et vidéos doivent-elles être systématiquement utilisées pour constater l'efficacité d'un traitement ?

C'est très important et c'est un outil de travail pour montrer aux parents la récupération de l'enfant dès la deuxième consultation. Depuis peu, je filme mon travail dès la première consultation, notamment dans les cas neurologiques. Si aucun résultat n'est obtenu, il faut s'interroger, réévaluer son travail, pour les RGO, quelquefois dus à une allergie aux protéines de lait, mais aussi pour les troubles neurologiques. Je filme rarement les techniques que j'emploie. Bien entendu, je demande systématiquement l'autorisation orale aux parents, et écrite pour un usage de ces images au cours de présentations de congrès ou lors des formations que j'anime.



Pour une première consultation en OPP, quels conseils adresseriez-vous aux ostéopathes ?

D'abord, avoir une formation sérieuse en OPP, toujours consulter le carnet de santé et récupérer un certain nombre d'informations anté-natales relatives au suivi de grossesse, ainsi que le compte-rendu de l'accouchement. L'interrogatoire de la mère est très important. Celui du père aussi, entre autres pour les observations qu'il a pu faire au cours de l'accouchement. Par exemple, si un bébé regarde le plafond au cours de l'accouchement, nous pouvons en déduire que le fœtus avait une présentation postérieure et que l'expulsion était en OS (occipito-sacrée).

Et il faut toujours écouter l'inquiétude de la mère : une mère inquiète a toujours raison car elle compare l'attitude de son enfant avec celles d'enfants qu'elle a eus précédemment ou bien d'enfants de son entourage. Quand une mère est inquiète pendant des mois, il y a fréquemment un trouble sous-jacent chez l'enfant.

L'interrogatoire et la lecture des informations médicales doivent occuper presque 50% du temps d'une première consultation, surtout si le cas clinique est complexe. Au cours de l'interrogatoire de la mère, il faut demander des informations précises sur le déroulement de la grossesse. Car « les problèmes et douleurs sont très vite oubliés » par les mères et la famille, comme le dit le pédiatre Claude Swanepoel.

témoignage

Sphère digestive du nourrisson : le traitement ostéopathique

Daniel Chopineaux

ostéopathe DO

« Regarder, écouter, percevoir,
comprendre »

« Notre idée directrice est de relier le traitement ostéopathique avec la physiologie. Il est possible de proposer quelques clés dans le traitement mais, pour autant, il n'y a pas de méthodologie stricte, dogmatique. Pas de recette. Chaque nouveau-né a sa problématique propre à traiter selon les résultats de l'examen et les dysfonctions trouvées. Ce qui suit n'est donc qu'une réflexion très large sur ce que les ostéopathes doivent garder présent à l'esprit lorsqu'ils prennent en charge un nourrisson pour des plaintes digestives.

LES PRÉALABLES AU TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

En premier lieu, nous devons nous assurer que le bébé est capable de "rebondir" au traitement, que sa physiologie peut s'exprimer. Nous devons distinguer les dysfonctions traumatiques à corriger en priorité pour permettre à la structure de s'appuyer sur la physiologie. Toute dysfonction de compression, de décompression, de glissement, etc., sera d'abord corrigée. Le contrôle de l'axe crâne-sacrum sera donc le préalable à notre travail en raison de son étroite relation avec le SNV (système nerveux végétatif).

Aborder le bébé en position Braselton permet d'évaluer les éventuelles compressions des charnières ou les schémas de fuites non physiologiques sous les contraintes mécaniques le long de l'axe crâne-sacrum. Cette position apporte une information immédiate sur les tensions tissulaires présentes au niveau des sphères crânienne, thoracique et pelvienne, tout comme sur les piliers du diaphragme. Elle permet l'évaluation et la correction des dysfonctions vertébrales et costales. Dans ce face-à-face, l'ostéopathe entre en communication avec l'enfant, voire en interaction. C'est un temps fort d'observation.

COMMENT CORRIGER LES SCHÉMAS DE FUITE OU DE COMPRESSION ?

Les travaux de Bob Rousse apportent des réponses très complètes à cette question. Mais la question fondamentale est de déterminer si l'enfant a été atteint dans sa mobilité ou dans sa vitalité, voire les deux. Récupérer la vitalité, c'est permettre au corps de s'appuyer sur la physiologie, et donc lui donner les moyens de s'équilibrer. Nous en ferons donc logiquement notre priorité. Ensuite, nous



penserons à vérifier le bassin, et surtout le sacrum dans ses relations inter et intra-osseuses. Le travail ostéopathique chez le nourrisson stimule souvent l'évacuation, il faut donc que celle-ci puisse se faire librement. D'autre part, le sacrum, en tant que pôle d'attache inférieur du sac dural, justifie notre intérêt à ce niveau. Nous nous arrêterons sur les dysfonctions intra-osseuses des iliaques, généralement oubliées. Pourtant, l'influence de ces dysfonctions est souvent forte sur les chaînes fasciales, le viscéral pelvien et l'adaptation sacrée.

EXAMINER ENSUITE LA SPHÈRE CÉPHALIQUE

La libération cranio-cervicale, les tensions autour du trou occipital, les pars condyliennes, la relation occipito-temporale par rapport au foramen jugulaire et son influence sur le nerf pneumogastrique, etc. est une approche bien connue de tous. En effet, elle a longtemps résumé le traitement des problématiques digestives et en général fonctionnelles du nourrisson. Bien sûr, nous retrouvons cette région en contrainte chez les enfants que nous examinons et la mécanique de l'accouchement justifie cette libération. Mais l'analyse de la relation face/voûte, de la fonction de succion/déglutition, des membranes permet d'aller au-delà de la structure pour rétablir la ou les fonction(s).

Le traitement des dysfonctions intra-osseuses, en particulier de l'occiput, est indissociable du traitement des membranes de tensions réciproques. Le continuum fascial antérieur entre la base du crâne et l'abdomen, la régulation par les centres supérieurs et l'émergence des pneumogastriques, justifient de rééquilibrer avant tout le crâne.

D'ABORD LIBÉRER LE DIAPHRAGME

La fonction respiratoire a également une influence sur la fonction digestive. Il faut donc ne pas oublier de vérifier la "colonne d'air" et spécifiquement la relation de la face à la voûte du crâne, comme évoqué précédemment, l'os hyoïde et les muscles digastriques. Néanmoins, avant d'aborder le diaphragme, il faut examiner et équilibrer C3, C4 (surtout) et C5, ainsi que les clavicules par rapport à leur influence sur le nerf phrénique, D2 et D3 dans leur relation au poumon, et que nous retrouvons souvent en dysfonctions traumatiques, et le sternum, fréquemment en dysfonction intra-osseuse.

Avant toute approche spécifique de l'abdomen, il faut s'assurer que la circulation entrante et sortante n'est pas entravée. Nous veillerons donc à d'abord libérer le diaphragme, en particulier les piliers, du fait de son étroite relation avec la veine cave inférieure et l'aorte abdominale. Pour ce faire, nous pouvons nous placer derrière l'enfant, assis face à sa mère ou son père. Cette position permet de contrôler le diaphragme et d'examiner le péritoine dans ses relations au diaphragme, au bassin et à la région lombaire.

Cette position conduit aussi le praticien à aborder l'œsophage et les pneumogastriques en ouvrant la chaîne de fermeture antérieure vers l'extension. Pour cela, la main inférieure offre un point fixe sous-xyphoïdien, pendant que la main supérieure, placée délicatement sous la mandibule, guide l'enfant dans le redressement. Le buste du praticien, au contact du dos du nourrisson, amène à affiner les composantes spatiales tissulaires jusqu'à libération spontanée des tensions. Nous nous attarderons sur le foie, du fait de la circulation portale, en l'équilibrant dans son environnement, en particulier dans sa relation à l'estomac par le petit épiploon.

LA PARTICIPATION ACTIVE DES PARENTS AU TRAITEMENT

Le travail effectué à ce niveau ainsi que l'ouverture épigastrique permettent d'aborder l'unité neuro-vasculaire profonde et d'effectuer une équilibration fasciale au niveau des plexus abdominaux et hypogastrique. À partir de l'axe médian circulatoire, nous mobiliserons ensuite, dans les directions des branches de l'arbre vasculaire, les tissus jusqu'à leur relâchement. Un travail rythmique lemniscatoire autour du tronc aortique, toujours à visée circulatoire et neuro-végétative, pourra être effectué.

Nous ouvrirons ensuite la lemniscate entre le thorax et l'abdomen, entre les fascias endothoraciques et le péritoine, autour du diaphragme qui se comporte comme un fulcrum rythmique. Un déséquilibre des chaînes myofasciales et l'installation, ou le maintien, d'un schéma postural devra conduire le praticien à évaluer, puis corriger ces déséquilibres, en relâchement spontané dans le sens d'organisation de la chaîne, ou en méthodologie excentrique.

Cette dernière approche conduit à aborder avec les parents leur participation active au traitement. Ils comprennent plus facilement alors les conseils de positionnement ou de stimulation motrice que nous pouvons proposer pour potentialiser notre travail.

Il faut rendre possible le mouvement autour d'un axe médian à partir duquel pourra s'installer la conscience de latéralité et de symétrie dans l'exploration sensorielle et motrice. À travers cette exploration de l'espace, le nourrisson désengagera sa structure

par la fonction. Sur cette "ligne médiane", il pourra plus tard, en développant ses stratégies d'évolution motrice, progresser vers la bipédie et vers l'autonomie.

Par ailleurs, inviter les parents à la pratique du massage, dans sa composante thérapeutique mais aussi relationnelle, me paraît indispensable. N'oublions pas que le nouveau-né, à travers la stimulation cutanée du massage, développe sa conscientisation du soma et donne en quelque sorte au cerveau un cadre sensoriel sur lequel appuyer l'image motrice et la libération des schèmes moteurs évoqués précédemment.

ÉTABLIR LE SCÉNARIO DES DYSFONCTIONS

Il est nécessaire de ne pas pratiquer selon un protocole figé. Sachons en revanche regarder, écouter, percevoir, comprendre. Le traitement sera alors raisonné et répondra aux besoins du nourrisson. À travers l'anatomie et dans la connaissance de la physiologie, l'ostéopathe tente d'établir le scénario d'installation des dysfonctions en se basant sur les informations qu'il recueille. Il pourra alors laisser émerger les forces de correction afin qu'une déprogrammation à partir du point d'appui offert par notre main puisse s'engager.

L'ostéopathie est riche d'approches, toutes respectables. Je n'ai volontairement pas développé le propos sur la dimension énergétique, embryonnaire ou biodynamique. Mais ces notions sont sous-entendues. À travers cette approche du système digestif, nous rencontrons en réalité la finalité vers laquelle nous tendons dans tous nos traitements : libérer les contraintes en permettant l'émergence d'un processus thérapeutique, l'expression de la fonction. L'harmonie et la santé peuvent alors s'exprimer. Une démarche que la phrase d'Antoine de Saint-Exupéry pourrait illustrer, "L'avenir n'est jamais que du présent à mettre en ordre. Vous n'avez pas à le prévoir, mais à le permettre." »





interview

Christophe Elleau

Pédiatre et ostéopathe en néonatalogie à la maternité du CHU de Bordeaux

« Intégrer l'ostéopathie aux autres soins pour amoindrir les réactions des bébés aux conditions de naissance »

Christophe Elleau est responsable de l'unité de néonatalogie à la maternité du CHU de Bordeaux. Celle-ci comprend 27 lits et gère des urgences néonatales et des suites de couche. Cette maternité de niveau 3 réalise 5 000 accouchements par an et prend en charge de nombreux prématurés, ainsi que des nouveau-nés présentant des malformations congénitales. Depuis 2010, Christophe Elleau est ostéopathe après avoir suivi un DIU de médecine manuelle ostéopathe à l'université de Bordeaux.

Depuis quand vous intéressez-vous à l'ostéopathie ?

Depuis vingt ans à titre personnel mais, au sein de la maternité, nous organisons une prise en charge ostéopathe depuis huit ans. Cette consultation s'est mise en place après la venue dans le service d'une étudiante en ostéopathie dans le cadre d'un stage en vue de l'écriture d'un mémoire sur la sphère digestive du nourrisson.

Comment avez-vous intégré l'ostéopathie dans votre service ?

À travers la recherche constante de la bonne position pour optimiser le confort des prématurés, l'approche ostéopathe a été vite adoptée. Le plus compliqué a été de trouver un créneau juridique pour travailler en toute sécurité : à partir d'un texte qui permet à des associations d'offrir des soins



bénévoles à l'hôpital, nous avons élaboré une convention entre un responsable du groupe d'ostéopathes et moi-même. Depuis environ trois ans, le service de cardiologie pédiatrique a procédé pareillement. L'administration de l'hôpital a alors établi une convention indépendante entre chaque ostéopathe et le directeur du CHU. Celle-ci définit la position du professionnel dans le service et les documents à fournir pour exercer (attestation ADELI, assurance responsabilité civile). Nous avons cependant dû conserver la formule du bénévolat car il n'y a pas de statut de professionnel de santé pour les ostéopathes.

Comment se déroulent les consultations ostéopathiques dans votre service ?

Elles ont lieu deux demi-journées par semaine avec, le plus souvent possible, deux ostéopathes dont un suffisamment expérimenté. Je n'interviens pas dans leur prise en charge et ma pratique de l'ostéopathie se limite aux cas avec sortie rapide (souvent des problèmes d'alimentation de bébés à terme) ou urgents, souvent sur la sphère viscérale (digestive) et notamment pour des troubles digestifs faisant craindre une évolution vers l'entérocolite ulcéro-nécrosante. Première cause de mortalité en néonatalité, cette pathologie

Ostéopathie en maternité : une coordination à mettre en place

Vous exercez en maternité. Comment ces consultations ont-elles été accueillies ?

Les puéricultrices ont très vite remarqué que les bébés étaient mieux après les séances d'ostéopathie. Le personnel est convaincu mais c'est parfois compliqué d'obtenir l'implication de l'ensemble des praticiens. De manière très diplomatique, il faut montrer que l'action de l'un ne réduit pas celle de l'autre et mettre en avant la complémentarité. L'objectif est de détendre le nouveau-né et de faciliter sa mobilité. Pour y parvenir, tous les moyens à notre disposition doivent s'additionner. Une fois que cette finalité est perçue et que les praticiens n'ont plus la crainte de voir leur périmètre d'action réduit, la pluridisciplinarité peut s'exprimer pleinement.

Existe-t-il un ordre d'intervention des différents praticiens ?

Nous n'avons pas défini de telle procédure pour des raisons pratiques : les soins sont délivrés à la fois selon les disponibilités des praticiens mais aussi d'après les dispositions des nouveau-nés dont il faut prendre en compte l'état d'éveil. Nous n'avons pas encore entamé de réflexion sur l'ordre d'intervention des praticiens et cela ne semble pas indispensable. Néanmoins, il serait intéressant de mener une étude mais elle s'annonce à première vue très difficile à mettre en place. Par ailleurs, nous préparons actuellement une étude sur l'impact des soins ostéopathiques sur l'allaitement. Elle devrait se dérouler dans les CHU de Nantes et de Bordeaux pour l'instant et débiterait cette année ou l'an prochain. Nous travaillons aussi à l'élaboration d'un DU d'ostéopédiatrie.



est une décompensation du tube digestif d'origine plurifactorielle dont le stress représente un élément majeur. Il faut réaliser un traitement dès l'apparition des premiers signes et soigner les conséquences de la pathologie. Même si ces affections sont trop rares pour mener une étude et mesurer l'efficacité des traitements ostéopathiques. En revanche, j'interviens beaucoup en suite de couches, avec l'accord des parents bien évidemment.

Pour quelles raisons avez-vous jugé utile d'intégrer l'ostéopathie dans votre service ?

Le projet de départ était complémentaire du projet de soins de développement dont les principes sont de permettre aux nouveau-nés prématurés de vivre dans une ambiance sensorielle et relationnelle la plus proche possible de la vie intra-utérine. En tant qu'utilisateur, ma perception de l'ostéopathie m'a conduit à proposer une intégration aux autres soins pour amoindrir les réactions des bébés aux conditions de

naissance, ainsi que des soins de réanimation nécessaires. Cette proposition s'adresse à tous les nouveau-nés et nous demandons systématiquement une autorisation aux parents à qui nous apportons des éléments d'information sur l'ostéopathie et la prise en charge concernée. Le taux de participation des parents est alors de 90 à 95 %. Pour les prématurés, nous débutons les soins ostéopathiques quand les prothèses respiratoires ont été retirées.

La même organisation est-elle possible en suites de couches ?

Non, car en suites de couches, le pédiatre n'est pas le responsable juridique de l'organisation des soins. Je n'ai pas vu d'autre solution au problème que de suivre une formation en ostéopathie : l'objectif principal est d'améliorer l'allaitement des nourrissons rendu difficile par les problèmes de déglutition. L'ostéopathie est très efficace pour cette indication mais la prise en charge doit être très précoce, à J+4, car les possibilités d'augmentation

de la lactation sont limités à 8 jours et dépendent essentiellement d'une stimulation non douloureuse et efficace par le nouveau-né : ceci sous-tend une bonne mobilité de la langue et un bon relâchement des articulations temporomandibulaires. Et lorsque les parents doivent prendre un rendez-vous à l'extérieur, les délais sont trop longs. C'est la raison pour laquelle je propose cette consultation en ostéopathie auprès de mes patients.

Quelle est la fréquence des séances dont peuvent bénéficier ces prématurés ?

Au cours des deux mois de leur hospitalisation, le nombre de séances d'ostéopathie dont ils bénéficient est variable. En moyenne, trois à quatre séances sont réalisées avec environ sept jours entre chaque séance. Les prématurés que nous accueillons sont de grands prématurés nés avant 32 semaines (7 mois). La durée de chaque séance est comprise entre dix et vingt minutes, rarement plus. Les ostéopathes pratiquent

des techniques en écoute, très passives. Car chez les nourrissons, cela va très vite et le principe fondamental de notre intervention est avant tout « ne pas nuire ».

Comment voyez-vous l'évolution de cette prise en charge ostéopathique des nouveau-nés ?

Il est indispensable de faciliter l'accès aux soins ostéopathiques. C'est un véritable enjeu de santé publique. Il faut aussi informer les patients sur ce qu'est réellement l'ostéopathie et notamment préciser que l'ostéopathie est un traitement mais aussi un examen clinique avec un diagnostic. Il existe quelques contre-indications et surtout des absences d'indication : il faut en connaître les limites, savoir dire non aux patients qui justifient d'autres types de soins, d'où l'idée du DU d'ostéopédie dont la partie médicale abordera forcément l'ensemble des diagnostics différentiels à savoir pour ré-orienter correctement les patients.

Comment envisagez-vous l'évolution de l'ostéopathie en France ?

Je suis optimiste. Mais il faut rester prudent, humble et garder les pieds sur terre. Il faut aussi éviter l'ésotérisme. Pour y arriver, les ostéopathes doivent se regrouper régulièrement, confronter leurs expériences et considérer la formation continue comme indispensable. C'est dans la solitude et l'isolement du praticien qu'apparaissent les dérives. C'est la même chose en médecine traditionnelle. Éviter l'isolement !





interview

Jean-Marie Briand

Ostéopathe DO

« Outre la pédiatrie, l'ostéopathe doit posséder des compétences en obstétrique et en gynécologie »

Jean-Marie Briand a obtenu son DE de kinésithérapie en 1983. Il a ensuite suivi des études d'ostéopathie à l'IWGS de 1985 à 1992. Ostéopathe DO, il a été enseignant en crânien au CEESO de 1993 à 2003. Depuis 2005, il enseigne l'ostéopathie périnatale au sein d'Ostéonat. Il est par ailleurs attaché à la maternité d'Antony depuis 1998.



Comment vous êtes-vous intéressé à l'ostéopathie périnatale ?

En 1998, j'ai découvert les travaux de Roselyne Lalauze-Pol et son approche m'a convaincu. Elle a été la première en France à avoir mis en avant la nécessité de travailler sur les nouveau-nés de façon spécifique. J'avais aussi fait le constat que mes réponses techniques n'étaient pas adaptées aux bébés. Il fallait donc explorer d'autres voies, notamment pour poser des mots sur des impressions palpatoires. Par la suite, j'ai approfondi mes connaissances théoriques sur le sujet et j'ai aussi suivi une formation à la biodynamique. En revanche, je n'ai pas suivi de formation spécifique en ostéopathie néonatale qui n'existait pas réellement à l'époque.

Quelle est votre définition de l'ostéopathie périnatale et pédiatrique ?

L'ostéopathie périnatale s'adresse au fonctionnement du corps maternel pendant la grossesse, jusqu'aux suites de couche, et à celui du nouveau-né. La pédiatrie couvre un domaine différent puisqu'elle concerne l'enfant jusqu'à 18 ans. Pour l'ostéopathie, à l'instar de la pédiatrie qui possède une spécialité néonatale, la néonatalité nécessite des compétences spécifiques. Du point de vue médical, le stade néonatal dure jusqu'à un mois après la naissance. D'un point de vue ostéopathique, cette durée pourrait s'étendre à trois mois.

Comment avez-vous pris conscience du besoin d'une approche spécifique ?

J'ai entamé cette réflexion en 1993 alors que j'enseignais les techniques crâniennes et avant de pratiquer l'ostéopathie en néonatalité. L'enseignement traditionnel de l'ostéopathie néonatale était basé sur les approches des anciens ostéopathes. J'ai au départ prolongé cet enseignement avant de réaliser que cette approche classique ne différenciait pas l'approche technique entre le nouveau-né et le nourrisson, ni même avec l'adulte pour la

Quelles compétences doit posséder l'ostéopathe pour prendre en charge des nouveau-nés ?

Nous avons souvent tendance à oublier qu'un nouveau-né est un individu à part entière. Il est donc difficile de prendre en charge un nouveau-né lorsque l'on débute car c'est plus par la pratique que par la technique que la prise en charge s'améliore. Il faut décrypter toute une communication non verbale, à l'instar de l'ostéopathie vétérinaire. La sémiologie clinique pourra être discrète, mais un bébé donne beaucoup de signes. Il ne devrait pas être nécessaire de lui imposer beaucoup de tests. Cette lecture des signes exprimés n'est pas habituelle et si l'ostéopathe passe à côté, la séance peut alors mal se dérouler. Cette sémiologie infra-clinique est un concept développé par Beryl Arbuckle, ostéopathe américain des années 40-50.

Outre les connaissances en pédiatrie, l'ostéopathe doit posséder des compétences en obstétrique et en gynécologie. Car, de manière générale et en particulier en néonatalité, l'ostéopathie ne doit pas être isolée de la médecine. Si l'ostéopathe n'a pas un correspondant professionnel de la néonatalité qui soit obstétricien, sage-femme, pédiatre, etc., il prend des risques. Ce travail en réseau apporte à l'ostéopathie une sécurité indispensable dans la prise en charge d'un nouveau-né. Les ostéopathes qui s'engagent dans cette voie doivent donc au minimum connaître ce que font les autres praticiens. Ils doivent également cesser de véhiculer des idées reçues qui irritent les autres professionnels, notamment certaines conséquences de l'usage du forceps, faire revivre la naissance après un accouchement par césarienne, exagérer les conséquences de l'analgésie péridurale qui traverserait la barrière hémato-placentaire, donner des conseils sur les régimes alimentaires, etc. Ces idées excluent les ostéopathes de la prise en charge des nouveau-nés. Il est donc indispensable de laisser à chacun ses prérogatives.

plupart des techniques. Cela m'a permis de comprendre pourquoi je n'obtenais pas de résultats lorsque j'appliquais les techniques apprises, tout en étant certain de ma pratique. Et c'était normal. Le crâne du bébé est malléable, il ne présente pas les axes de fonctionnement mécanique qu'utilisent la plupart des techniques crâniennes. Son fonctionnement est différent et il n'est pas logique ni pertinent d'appliquer les mêmes techniques.

Cette prise en charge spécifique, selon les stades de développement de l'enfant, est-elle désormais respectée en ostéopathie ?

Non. C'est pourquoi il y a de gros problèmes dans la prise en charge ostéopathique des nourrissons en France. Même si l'ostéopathie néonatale fait souvent partie du programme pédagogique des établissements de formation, très peu d'ostéopathes (donc d'enseignants de cette matière)

travaillent aujourd'hui réellement sur le nouveau-né de moins d'un mois. On pourrait chiffrer à quelques dizaines les praticiens ayant une réelle expérience dans ce domaine. De plus, la formation clinique dans les établissements est extrêmement sommaire sur le sujet, les étudiants n'étant pas sensés traiter un nourrisson lors de leur examen final.

Quelle approche spécifique l'ostéopathe doit-il adopter lorsqu'il prend en charge un nourrisson de moins d'un mois ?

J'ai d'abord réalisé que les modèles anatomiques employés ne s'appliquaient pas sur le nouveau-né, notamment au niveau du crâne. Il était donc nécessaire de repenser les techniques appliquées au nouveau-né dont la biomécanique est fondamentalement différente. Jusqu'à présent, la méthodologie consistait à décliner sur le bébé les modèles de l'adulte. Selon moi, c'est la démarche exactement inverse qu'il faut adopter. C'est pourquoi 90 % des ostéopathes qui ont moins de cinq années d'expérience et qui prennent en charge des nouveau-nés sont très vite perdus : les principes et les techniques qu'ils ont appris ne fonctionnent pas toujours dans ce cadre.

Il s'agit plutôt de s'adapter au nouveau-né. Par exemple, il n'est pas imaginable d'appliquer une technique pendant cinq minutes. Il faut donc redéfinir l'approche en profondeur. Et pour qu'une technique soit efficace sur le nouveau-né, celui-ci doit être en acceptation. C'est une contrainte relativement astreignante et difficile. Au départ, il ne faut pas hésiter, le cas échéant, à reporter une séance. Cette démarche peut par ailleurs s'appliquer au patient adulte. Néanmoins, le « taux de reports de consultation » diminue avec l'expérience : il devient plus facile de cerner le moment où l'enfant

ne sera plus en acceptation. Maintenant, c'est moins de 5 % de séances que je dois reporter.

Des techniques spécifiques ?

Il n'y a pas de techniques spécifiques au nourrisson, mis à part les techniques intra-osseuses. Mais surtout, les techniques ne sont pas appliquées pareillement. Ce ne sont pas les mêmes paramètres. L'élément important est le fameux dialogue avec les tissus. Tout geste est un geste analysé par la main et accepté par les tissus. Beaucoup plus que chez l'adulte. Pas de techniques structurelles (à haute vitesse) car une technique n'a d'efficacité sur le plan tissulaire qu'à partir du moment où le bébé l'accepte. Une mise en tension tissulaire non acceptée ne sera pas efficace. Une technique réflexe est inapplicable sur un enfant. Tout doit donc être fait pour qu'il l'accepte. Dès qu'il refuse, il faut arrêter, reprendre la technique en adaptant la tension, etc. jusqu'à acceptation.

Autre élément important, un bébé est un être de consistance liquide et c'est plus la biomécanique des fluides qui s'applique ici, car la structure osseuse n'est pas l'élément majeur du corps du bébé. Le corps véhicule le squelette et non l'inverse comme chez l'adulte. Les techniques de référence chez le nouveau-né devraient se baser sur l'écoute ; les techniques biocinétiques et biodynamiques, comme les approches de Rollin Becker et James Jealous, me semblent la voie technique à explorer.

À la sortie de l'école, les ostéopathes possèdent-ils ces connaissances ?

Cette approche n'est pas enseignée dans les établissements de formation et les jeunes diplômés ne savent pas utiliser l'écoute palpatoire car l'objectif de l'enseignement en ostéopathie est basé sur la validation d'un diplôme. La priorité n'est pas

suffisamment souvent donnée à l'apprentissage du soin en tant que geste thérapeutique ; trop souvent l'acquisition technique est prise comme objectif pour le passage de l'examen. Sa dimension clinique est généralement placée au second plan.

Les ostéopathes ont-ils besoin de connaître les pathologies spécifiques des nouveau-nés pour poser des diagnostics d'exclusion ?

Ce point fait l'objet de grandes discussions dans la profession. En France, les nouveau-nés sont très bien suivis par le système médical. Il n'est par exemple pas nécessaire de refaire systématiquement un examen neurologique qui altérerait la qualité de l'examen ostéopathique ensuite.

L'ostéopathe doit connaître les pathologies mais pas nécessairement réaliser un diagnostic différentiel préalable. Je n'ai ainsi jamais eu le souvenir d'avoir posé un diagnostic différent de celui posé par un pédiatre. C'est leur spécialité et ils sont compétents dans leur domaine de compétence. Je ne suis donc pas partisan de prendre systématiquement une technologie d'exclusion.

L'ostéopathie périnatale et pédiatrique, une spécialité ?

Ce serait une erreur d'en faire une spécialité car selon moi, c'est le traitement de l'adulte qui dérive de celui du nouveau-né.



OSTEOGAR 2010

Échelle d'indication de la consultation ostéopathique chez le nouveau-né

OSTEOGAR est une échelle d'évaluation fonctionnelle du nouveau-né conçue par les pédiatres et Jean-Marie Briand à l'hôpital privé d'Antony. La présence isolée d'un des signes présentés n'est pas significative d'une nécessité de consultation ostéopathique mais doit faire rechercher les autres signes. L'association de plusieurs signes est fréquente.

Item « inconfort/difficulté d'adaptation » :

notation sur 6 points

- Geint, sursaute :
 - quand on le mobilise (1 pt)
 - spontanément (1 pt)
- A un besoin de succion
 - en dehors des têtes (1 pt)
 - alterne les pleurs et le besoin de succion (1 pt)
- A des difficultés à :
 - être positionné correctement au sein (1 pt)
 - mise au sein douloureuse pour la maman (1 pt)

Item « particularité morpho-posturale » :

notation sur 6 points

- Présente un positionnement cervical préférentiel
 - en position allongée (1 pt)
 - permanent (1 pt)
- Présente un aspect de crâne modelé (1 pt)
- Présente une position spontanée
 - en enroulement du bassin (1 pt)
 - en adduction des hanches (1 pt)
- Présente un aspect de pied adductus ou talus (1 pt)

témoignage

Pédiatrie et ostéopathie : regards croisés

Philippe Mahé

Médecin attaché en pédiatrie (néonatalogie) et ostéopathe DO

« Une complémentarité avec les autres partenaires thérapeutiques autour de l'enfant »



« Lors de la présentation d'un déroulé de fascia sur un nourrisson, au cours duquel le bébé se mettait spontanément en hyperextension, l'occiput venant toucher le rachis dorsal, certains ostéopathes ont craint que le bébé ne fasse une désaturation en oxygène du sang artériel. Aussi ai-je réalisé cette manipulation en filmant les constantes sur le scope : il indiquait des valeurs normales de la SAO₂, sans aucune réponse dangereuse pour le bébé. Répétées sur plusieurs bébés, ces prises de vue ont montré clairement que le nourrisson ne présente pas de désaturation lors de l'hyperextension dans laquelle il se met lui-même au cours d'un "déroulé de fascias".

L'ostéopathe en néonatalogie ne va pas déclencher plus de bradycardies ou désaturations qu'une puéricultrice donnant un biberon à un bébé. Mais sur un bébé trop instable, il vaut mieux s'abstenir, afin que l'ostéopathie ne soit pas incriminée. Il est évident qu'il ne faut pas faire n'importe quoi et que la prise en charge d'un nourrisson en cabinet, seul et coupé des soins intensifs, nécessite du praticien beaucoup plus de vigilance.

Des outils médicaux pour l'ostéopathe

- **L'auxologie*** (poids, taille, périmètre crânien) dont les données sont répertoriées dans le carnet de santé. Celui-ci fournit des informations que l'ostéopathe doit analyser car elles disent qui est l'enfant, laissent deviner son vécu intra utérin et donnent des explications sur les dysfonctions ostéopathiques trouvées.
- **Les ITEM d'inconfort et de souffrance du nourrisson.** Ils permettent d'établir un score et ainsi de quantifier cet inconfort et d'en suivre l'évolution. Des résultats que l'on peut partager avec les parents.
- **L'étude des mouvements spontanés du nourrisson.** Caractéristiques d'un âge donné, ils peuvent aider à différencier les retards d'évolution par problèmes neurologiques des retards par gêne mécanique. Catherine Thévenot, ostéopathe DO, a réalisé un important travail sur les blocages mécaniques qui empêchent ces mouvements spontanés et qui peuvent donner au pédiatre l'impression d'un retard de développement psychomoteur.
- **L'évaluation du stade de développement psychomoteur du nourrisson.** À noter que dans ce cadre, on tient compte du terme de naissance afin de compter en "âge corrigé" chez un prématuré dans la première année. Un nourrisson sans problème grossit bien, grandit bien, bouge bien, évolue bien, fait ses acquisitions en temps "normal".

* L'auxologie est une méthode utilisée pour juger de la normalité de croissance d'un enfant par comparaison à la moyenne de tous les enfants du même âge, au sein d'une même population. Les mesures doivent être précises, exactes et reproductibles pour être reportées sur des courbes ou tables de référence.

UNE PRISE EN CHARGE "MAGIQUE"

Auparavant, le corps médical rejetait systématiquement l'ostéopathie. Puis une tolérance relative s'est installée. Mais la prise en charge ostéopathique était considérée comme "magique" et non médicalement explicable. Une acceptation finalement dangereuse car le discours médical des ostéopathes n'était pas accepté par les médecins. J'entendais souvent ces réflexions : "Ils parlent un langage étrange", "Ils n'ont pas assez de connaissances du nourrisson, mais ça marche". Dès lors, comment l'ostéopathe peut-il se positionner dans le système de soins ?

Les soins au nourrisson ont trois indications différentes : urgence, confort et prévention. Ils se conçoivent toujours en équipe. Les indications de la prise en charge sont toute cause d'inconfort : les RGO, les mal-positions, etc. Agitations, pleurs et troubles du sommeil en sont l'expression. L'objectif du traitement ostéopathique est à la fois de soulager mais aussi de prévenir. Pour ce faire, l'ostéopathe peut utiliser des outils médicaux pour poser l'indication de son traitement et en suivre le résultat (voir notre encadré Des outils médicaux pour l'ostéopathe).

RAPPROCHER OSTÉOPATHES ET MÉDECINS

Cette démarche peut aussi contribuer à rapprocher ostéopathes et médecins. L'analyse du positionnement de l'enfant est aussi un point de rencontre : là où le médecin et les divers soignants vont parler de "côté préférentiel", déterminé par le côté vers lequel regarde l'enfant et vers lequel il va se tourner en premier, l'ostéopathe va définir deux paramètres : la rotation de la tête (côté préférentiel) et l'inclinaison du corps. Ces deux paramètres,



quand ils sont physiologiques, sont chacun de côté opposé. Quant au moment du traitement ostéopathique, chaque âge pédiatrique a ses problèmes et ses traitements. Le moment de la prise en charge d'un nourrisson dépendra donc de l'indication. En néonatalogie, bradycardie et désaturation vont obliger à attendre. De même, un traitement en maternité peut être trop précoce : l'hypotonie axiale physiologique du nouveau-né va parfois masquer les dysfonctions. Il y a cependant des cas où traiter à la maternité est impérieux. Inversement, il est trop tard lorsque les blocages du schéma et l'inconfort se sont installés. Parfois, c'est pendant la grossesse qu'il aurait fallu traiter.

FORMATAGE GÉNÉTIQUE ET INTRA-UTÉRIN

Enfin, le bébé subit un formatage durant sa vie intra utérine. Ce formatage donne un schéma qui sera celui de toute la vie. Sur ce schéma viendront s'inscrire les événements de l'existence, dès la vie intra utérine. Le premier formatage est celui du programme génétique (génome), le second celui des contraintes intra-utérines. En effet, la croissance du fœtus dans un vase clos va imposer différents paramètres d'adaptation : compression

axiale, latéro flexion du corps et rotation de la tête opposées, translations sous occipitale et dorsale supérieure. Ces schèmes se retrouveront tout au long de la vie de l'individu.

Des "événements" vont modifier ce schéma : maladies pendant la grossesse, mécanismes compressifs surajoutés et enfin mécanisme et circonstances de naissance. En termes de connaissance médicale, l'ostéopathe doit donc posséder des savoirs minimum et nécessaires en puériculture, des notions d'embryologie et sur l'accouchement.

Sous l'angle ostéopathique, le contact avec le nourrisson est très important, tout comme le choix des techniques. Quand une technique ne donne pas de résultats, "c'est qu'elle est mal exécutée ou mal indiquée", pour citer Robert Perronneau Ferré. Aujourd'hui, il est nécessaire de partager la prise en charge : nous ne sommes pas dans une opposition de soins mais dans une complémentarité avec les autres partenaires thérapeutiques autour de l'enfant. Ainsi, l'ostéopathe gagnera plus en crédibilité auprès des médecins. Non plus par la "magie" de son geste, mais comme véritable interlocuteur à qui l'on accorde une vraie connaissance professionnelle. »

Les CAMSP, une ouverture potentielle pour les ostéopathes

Les lieux où les ostéopathes peuvent traiter sont très variés. Aux États-Unis, ils sont souvent présents en salle de travail. En France, on les retrouve en néonatalogie et en réanimation pédiatrique dans quelques hôpitaux publics : hôpital Nord à Marseille, hôpitaux Robert Debré et Cochin Port-Royal à Paris, CHU de Bordeaux, etc. et dans certains établissements privés. Ils sont également implantés dans les pouponnières, les crèches et bien évidemment en cabinet libéral.

Par ailleurs, les CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) constituent une ouverture potentielle pour les ostéopathes avec des règles d'accès différentes des hôpitaux. En effet, les hôpitaux publics n'emploient que des personnes exerçant une profession : kinésithérapeute, infirmier, médecin. Et si l'ostéopathe exclusif a le droit de porter le titre d'ostéopathe, ce titre ne correspond pas à une profession répertoriée par les hôpitaux.



interview

Thierry Leboursier

Ostéopathe DO

« Je distingue la prise en charge du nouveau-né de celle de l'enfant : les méthodes sont extrêmement différentes »

Titulaire d'un DE de kinésithérapie obtenu en 1980, Thierry Leboursier est ostéopathe exclusif depuis 1993 après avoir suivi une formation à l'IWGS. En 2000, il a intégré la maternité Ambroise Paré à Bourg-la-Reine où il assure la formation d'ostéopathes. En 2005, il a cofondé Ostéonat pour proposer des formations en ostéopathie périnatale puis, en 2006, le CDOP, collectif ouvert aux ostéopathes, médecins, sages-femmes et autres professionnels de la périnatalité.

Quelle est votre définition de l'OPP ?

L'OPP participe à la prise en charge de la femme enceinte, du nouveau-né et la pédiatrie au sens médical du terme. Le terme périnatal englobe ce qui entoure la fin de la grossesse (dès le 154^e jour de gestation) et la première semaine du nourrisson. En revanche, je distingue la prise en charge du nouveau-né de celle de l'enfant. Les méthodes sont extrêmement différentes. À partir de 6-7 ans, ce sont des enfants. Au niveau osseux, leur structure est constituée,

notamment le crâne. La période néo-natale, quant à elle, va de la naissance jusqu'à un mois. C'est une période où le nouveau-né s'adapte à la vie extra-utérine. La prise en charge est très spécifique. D'ailleurs, en médecine, il existe des pédiatres spécialisés en néonatalogie qui exercent en maternité.

Quel état des lieux faites-vous de cette prise en charge ostéopathique ?

Il existe un flou artistique. C'est pourquoi j'ai mis en place, en 2006, le CDOP

(collectif de développement de l'ostéopathie périnatale) avec Jean-Paul Saby, Raymond Solano, Brigitte Peigné Mathieu et Jean-Marie Briand pour développer l'OPP sur le terrain et en maternité. Il était nécessaire d'informer les maternités des possibilités de traitement thérapeutique des ostéopathes et, dans le même temps, de contribuer au développement de l'ostéopathie. Et cette démarche permet aux étudiants en ostéopathie d'accéder aux nouveau-nés au sein des maternités.

Quelles sont les problématiques liées à cette prise en charge ?

Au cours de leur cursus en formation initiale, les ostéopathes n'ont pas l'occasion de traiter des femmes enceintes et des nouveau-nés. Cet enseignement spécifique doit en outre être dispensé par des professionnels expérimentés dans cette prise en charge, au niveau pratique et théorique. Aux États-Unis, les ostéopathes ne prennent pas en charge les nouveau-nés. Il existe une barrière entre enfant et nouveau-né. En France, il règne une grande confusion et lorsque j'ai débuté en maternité, je faisais cette erreur. La méthodologie d'examen et de traitement sont spécifiques pour le nouveau-né et la femme enceinte.



Que pourrait leur apporter une formation spécifique ?

À terme, des résultats. Mais dans un premier temps, surtout de la pratique. Nous leur transmettons des concepts, de la réflexion. Ce n'est pas seulement la façon de traiter qui est importante, c'est de comprendre. Même si, du point de vue pratique, il y a une méthodologie. À l'issue de la formation, certains ostéopathes abandonnent cette prise en charge spécifique car elle nécessite un investissement et un engagement qu'ils ne sont pas prêts à fournir et dont ils ne mesuraient pas l'importance auparavant.

Comment améliorer la prise en charge du nouveau-né et de la femme enceinte ?

Le savoir et la technique progressent avec le nombre de prises en charge, comme dans toutes les pratiques qui nécessitent une certaine technicité. Nous sommes donc favorables à un certificat de compétences spécifiques ; la spécialisation proprement dite n'est, selon moi, pas une bonne idée.

Avec des « mises à jour » ?

Cela pourrait-être envisageable. Ce système de certification représenterait également l'avantage de simplifier les relations avec le milieu médical qui aurait ainsi plus de lisibilité.

CDOP – Collectif de développement de l'ostéopathie périnatale

L'ostéopathie en maternité se développe peu à peu et la pluridisciplinarité dans les établissements où travaillent des ostéopathes s'est imposée de fait. L'expérience prouve qu'il n'est pas besoin de faire la moindre concession conceptuelle pour travailler avec des médecins de différentes disciplines. Le respect mutuel, associé à la conscience de ses propres limites, reste la base de cette collaboration. Ainsi, l'objectif du CDOP est double : fédérer les ostéopathes de périnatalité et les intervenants médicaux et paramédicaux dans ce domaine ; favoriser la communication et le développement de l'activité ostéopathique exclusive de qualité au sein des maternités, en complémentarité avec les équipes obstétricales et pédiatriques.

Plus d'informations sur www.cdop.fr

pour adresser leurs patients à un ostéopathe. Le bon ostéopathe est celui qui connaît ses compétences et ses limites.

Justement, quelles sont ces compétences minimales à posséder ?

Nous essayons actuellement de définir précisément ces compétences avec l'idée de proposer un panel de formations complémentaires pour les acquérir. À partir d'un certain nombre de formations validées, un certificat d'aptitudes serait délivré. Idéalement par les pouvoirs publics pour donner plus de valeur au document. Il est important de mélanger les formations car chacune a ses spécificités et témoignent d'une grande expérience. Dans notre secteur, malgré nos divergences, il existe un grand respect mutuel et nous avons de nombreux points communs dont celui de protéger la qualité d'exercice. Une démarche qui rayonnera positivement sur toute la profession et amènera à éviter les dérives à l'intérieur de la communauté ostéopathique..



DU Ostéopathie appliquée à la périnatalité

Première promotion

À l'origine accessible aux ostéopathes, acupuncteurs et homéopathes, ce DU a été mis en place en 2010 par Thierry Leboursier, ostéopathe DO au sein de l'université Paris 7 – Diderot. Il est rattaché à l'hôpital Bichat où se déroule les stages. Sous la responsabilité du professeur Laurent Mandelbrot, l'enseignement est composé d'un tronc commun pour les trois disciplines avec en outre des cours dispensés selon l'orientation spécifique de chaque professionnel. L'intitulé exact du cursus est « DU Ostéopathie, acupuncture et homéopathie appliquées à la périnatalité » mais seuls des ostéopathes se sont inscrits cette année.

Ce DU permet d'acquérir des connaissances en périnatalité pour apporter des soins à des femmes enceintes ou accouchées et à des nouveau-nés, en complémentarité avec les professionnels de la périnatalité. Sa durée est de 120 heures réparties sur une année pendant sept semaines de novembre à juin, ainsi qu'une demi-journée d'ostéopathie périnatale et trois journées de stage en maternité, anesthésie obstétricale ou néonatalogie. Pour cette première promotion, ce sont au total 37 ostéopathes qui achèveront leur formation en juin 2011.

La partie commune de l'enseignement porte sur les bases médicales de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, les principales pathologies de la grossesse et les complications de l'accouchement, le développement fœtal, l'adaptation extra-utérine du nouveau-né, la prématurité et ses conséquences, la physiologie de la douleur chez la mère, le fœtus et le nouveau-né. Ensuite, une initiation aux approches thérapeutiques non conventionnelles (ostéopathie, acupuncture, homéopathie, hypnose) est proposée de manière spécifique selon la discipline de l'étudiant.

LES ENSEIGNANTS

Pr Laurent Mandelbrot (gynécologue-obstétricien, hôpital Louis Mourier), Pr Hawa Keïta-Meyer (anesthésiste, hôpital Louis Mourier), Dr Luc Desfrère, (pédiatre, hôpital Louis Mourier), Thierry Leboursier (ostéopathe, Paris), Dr Denis Colin (acupuncteur, Paris), Francine Dauphin (sage-femme, Paris), Dr Isabelle Lecourtier (homéopathe, Paris)

LE PROGRAMME

Module grossesse et suites de couches

- grossesse
- accouchement
- suites de couches

Module nouveau-né

- naissance
- pathologies néonatales
- néonatalogie

Module initiation aux approches thérapeutique non conventionnelles

- informations hypnose
- information homéopathie
- information acupuncture

Module ostéopathie

- ostéopathie et nouveau-né



Verbatim

Ostéopathes, ils exercent en maternité. Pour *L'ostéopathe magazine*, ils évoquent leur parcours et leur expérience.

COMMENT ÊTES-VOUS ENTRÉ EN MATERNITÉ ET COMMENT S'EST DÉROULÉE VOTRE INTÉGRATION ?

Bruno Ducoux, ostéopathe DO – Au départ, c'est une sage-femme qui a présenté mon travail au personnel. Certains obstétriciens ont été favorables à mon intervention mais les pédiatres ont été les plus durs à convaincre. Ils réclamaient des publications sur l'ostéopathie dans des revues scientifiques de renom.

Jean-Marie Briand, ostéopathe DO – Il faut rencontrer la personne qui est moteur dans une maternité. Dans mon cas, c'est le pédiatre qui s'intéressait à l'ostéopathie et m'a autorisé à exercer à ses côtés.

Thierry Leboursier, ostéopathe DO – Mon intégration s'est déroulée très simplement car j'ai été sollicité par les deux pédiatres de la maternité de la clinique. Ils avaient déjà l'expérience d'une collaboration réussie avec un autre ostéopathe, Jean-Marie Briand. J'assure une consultation externe au sein de la clinique, en gynécologie-obstétrique. Dans un établissement privé, les protocoles de recherche sont plus compliqués à construire que dans le public où l'organisation est orientée vers la recherche et facilite l'intégration de démarches originales. Une consultation externe dans une clinique est un modèle d'organisation qui ne sélectionne pas les patients qui ont le plus besoin de nos soins. L'ostéopathie s'apparente alors trop à une médecine de confort.

COMMENT METTRE EN PLACE L'OPP EN MATERNITÉ ET COMMENT DÉFINIR LES CRITÈRES DE PRISE EN CHARGE ?

Thierry Leboursier, ostéopathe DO – Dans la maternité où j'exerce, les obstétriciens ont découvert que la grossesse était une indication et non une contre-indication de l'ostéopathie, comme le pensent encore certains d'entre eux. C'est pourquoi nous avons développé l'OPP dans une optique pédagogique afin de montrer que les concepts de l'ostéopathie peuvent s'appliquer à la femme enceinte qui, dès lors, devient une vraie indication. Finalement, la contre-indica-



tion provient du déficit de formation. Une problématique qui ne fait pas l'objet d'une vraie prise de conscience par la profession elle-même. Sans ces compétences spécifiques, les ostéopathes pourront obtenir des résultats certes, mais qui souvent seront insuffisants, avec pour conséquence une surconsommation de consultations pour leurs patients ou alors des échecs.

Jean-Marie Briand, ostéopathe DO – Au début, j'avais opté pour des critères classiques comme la prise en charge systématique des nourrissons forceps nés de façon potentiellement traumatique. Ces critères n'étaient pas suffisamment pertinents, voire inefficaces. J'ai donc redéfini des critères plutôt cliniques qui permettent aux pédiatres de réaliser une évaluation pour déterminer les bébés pouvant éventuellement avoir besoin de nos soins. Ce système, plus proche de la réalité, répond aux besoins du nouveau-né et aux objectifs de l'équipe soignante : aider le bébé dans son adaptation néo-natale pendant ses premiers jours. Je suis très attaché à cette approche clinique et notamment à la sémiologie infraclinique. Ces signes sont visibles par les pédiatres mais ils ne font pas l'objet d'un traitement de leur part, n'étant pas révélateurs d'une pathologie. La prise en charge ostéopathique apporte aux pédiatres une réponse et un moyen de mettre à profit ces observations infracliniques. En 1998, nous avons ainsi établi une échelle d'évaluation fonctionnelle du nouveau-né, que les pédiatres ont appelée « osteogar » par plaisanterie (par référence au score d'Apgar). Nous venons de la remettre à jour (voir page 39).

Symposium SEROPP, 2^e édition



Mieux traiter la douleur de l'enfant

Le 28 janvier 2011 se tenait à Paris le second symposium de la SEROPP. La première édition, en juin 2009, avait pour thème « Le développement de l'enfant : avancées scientifiques et ostéopathie ». Cette année, les organisateurs ont abordé la douleur de l'enfant, généralement négligée tant par les parents que par les professionnels. Trop souvent qualifiés de nerveux, capricieux ou, au contraire, mous, indifférents, etc., ces tout-petits, enfants et même adolescents, font pourtant l'objet d'une réelle souffrance. Autour d'intervenants d'horizons divers, les nombreux aspects de cette thématique ont été évoqués. Notamment sa prise en charge. Voici les comptes-rendus de quelques-unes de ces conférences.



Reconnaître la douleur de l'enfant et utiliser les techniques d'hypnose

Chantal Wood, pédiatre et anesthésiste-réanimateur, responsable de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Robert Debré à Paris



Quelle que soit sa formation, le soignant doit être capable de reconnaître la douleur de l'enfant. En effet, la manière dont ce dernier comprend la douleur et dont il l'exprime est très différente de celle d'un adulte. Reconnaître cette douleur impose tout d'abord de prendre le temps d'« apprivoiser l'enfant ».

Pour y parvenir, a précisé Chantal Wood, « il est nécessaire de s'adapter à son âge de développement cognitif et son langage par le jeu du monde imaginaire. Il faut comprendre ce qui se passe dans son corps et dans sa tête car beaucoup de douleurs apparaissent chroniquement. Chez les enfants âgés de 12 ans, 25 % de la population pédiatrique souffrent de dou-

leurs chroniques, le plus souvent musculaires. Et les pédiatres connaissent mal ces douleurs ».

Cette première étape permet de gagner la confiance de l'enfant. Ensuite, il faut l'observer pour savoir qui il est car il n'est pas possible de soigner pareillement tous les enfants. Selon son caractère, les événements qui ont marqué sa vie, son mode de fonctionnement, etc., il faudra adapter la prise en charge.

LA DOULEUR EST RAREMENT PARLANTE

Par ailleurs, il est essentiel de garder à l'esprit que la douleur de l'enfant est « parlante » uniquement s'il est en bonne santé et qu'il possède assez d'énergie pour pleurer ou se plaindre. « Seul l'enfant qui va bien dit " j'ai mal ". Un enfant souffrant ne parle pas, ne dit pas bonjour, ne sourit pas, etc. La douleur est rarement parlante », a expliqué la pédiatre. Dès que la maladie se prolonge, dès que l'enfant est fatigué, les signes vont s'estomper, laissant place à un tableau d'inertie psychomotrice.

Enfin, il faut employer des échelles d'évaluation adaptées au type de pathologie et à la durée de la douleur. Une seule échelle sera insuffisante pour mesurer la globalité de la plainte, surtout lors de douleurs prolongées. Car « plus la douleur est complexe, plus elle est difficile à analyser. Il convient alors d'utiliser plusieurs échelles. Par exemple, les enfants atteints de drépanocytose indiquent toujours une douleur quasi maximale sur une échelle et 25 à 35 % des enfants âgés d'entre six et sept ans ont un fonctionnement binaire, " j'ai mal/j'ai pas mal " et ce, quelle que soit l'échelle », a rajouté Chantal Wood.

LES INTÉRÊTS DE L'HYPNOSE

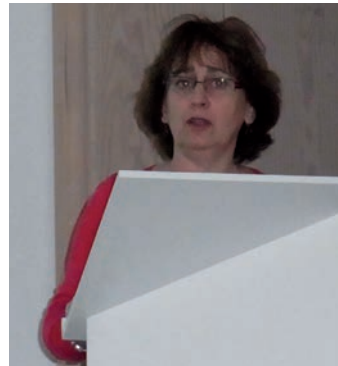
Cette prise en charge demande une relation empathique et du temps pour approcher l'enfant, l'apprivoiser, l'observer, le comprendre et interagir avec lui. Il faut rechercher attentivement sa douleur car la plainte douloureuse est très souvent absente chez l'enfant malade et fatigué. Il importe ensuite de l'évaluer puis de la prendre en charge de façon adaptée en donnant à l'enfant les possibilités d'y faire face grâce à l'utilisation de thérapies complémentaires, comme l'hypnose. Les techniques d'hypnose permettent d'aider le patient de différentes manières :

- elles permettent de modifier notre langage pour éviter les « mots qui font mal » et qui pourraient accroître l'anxiété de l'enfant ;
- elles aident l'enfant à se relaxer, à se ressourcer et donc à retrouver une certaine forme d'énergie ;
- elles permettent à l'enfant de mieux vivre un soin douloureux et d'en garder une mémoire positive par la mise en place de techniques de distraction ;
- elles permettent à l'enfant d'acquérir des techniques d'hypno-analgésie.

De plus, il faut démystifier la douleur par l'emploi d'un langage simplifié et adapté à l'enfant, avec des métaphores notamment.

Quand se nourrir ne rime pas avec plaisir

Isabelle Barbier, orthophoniste DE, spécialisée dans les troubles de la succion/déglutition et l'éveil des tout-petits



Dans de nombreuses cultures, l'alimentation est liée à l'oralité et au plaisir. Or, en dehors des enfants souffrant de handicaps, près de 25 % des enfants avec un développement normal présentent des troubles du comportement alimentaire et refusent de s'alimenter. Il apparaît clairement que le moment du repas est désagréable, insupportable, voire douloureux.

De quels éléments disposons-nous pour répertorier ces troubles et comment assurer leur prise en charge ?

L'oralité de l'enfant débute très tôt. Au stade embryonnaire, la mémorisation du goût commence avec le liquide amniotique et, jusqu'à un an, l'oralité est essentiellement caractérisée par des mouvements de succion-déglutition. Après un an, l'oralité secondaire débute avec l'alimentation à la cuillère et la mastication. Lorsque l'enfant refuse de manger, c'est rarement dans la première semaine de vie mais vers la huitième. Le rejet du biberon se traduit par une durée de prise plus longue allant jusqu'à une heure, voire une heure et demie au lieu de vingt minutes. La difficulté peut aussi apparaître au moment de la diversification via une perte d'appétit et de poids. Les mères sont alors souvent désemparées. Les médecins les encouragent à nourrir leur enfant et les paramédicaux ont chacun leur avis.



Les comportements à l'origine des troubles de l'oralité sont nombreux : adipsie (absence de sensation de soif), dysphagie (sensation de gêne ou de blocage ressentie au moment de l'alimentation lors du passage des aliments dans la bouche, le pharynx ou l'œsophage), refus de s'alimenter, absence d'autonomie pendant les repas, comportement inadapté pendant les repas, sélection des aliments selon le type et la texture car l'enfant anticipe quelque chose de désagréable, voire douloureux, etc.

Les troubles de l'oralité sont cependant à différencier de la néophobie alimentaire (peur et refus de goûter à des aliments nouveaux), période normale chez l'enfant entre deux et cinq ans. Les raisons qui expliquent ce refus alimentaire sont variées. Elles peuvent provenir d'un choc post-traumatique, du lien mère-enfant et de l'anorexie transmise de génération en génération, d'une cause organique qui génère les refus sur lesquels se greffent des refus de comportement, etc.

POURQUOI MANGER PEUT-IL ÊTRE DOULOUREUX ?

Par ailleurs, une atteinte neurologique, ainsi qu'une malformation de la sphère bucco-faciale ou du système digestif, peuvent être à l'origine de douleurs. Les troubles de l'intégration neuro-sensorielle également, car s'alimenter fait appel aux sens du goût, de l'odorat, du toucher, à la sensibilité, à la température et la position de l'enfant (équilibre, proprioception). Quand le processus d'habituation ne se construit pas, il y a alors refus. Pour les prématurés, les soins en couveuse sont extrêmement difficiles et la sphère buccale est alors associée à l'intubation, au masque à oxygène, etc. Or, la succion-déglutition, qui apparaît au cours de la dernière phase de la gestation, ne s'est pas mise en place et cette stimulation normale intra-utérine du goût sera absente à la naissance. Elle sera associée à autre chose, sans plaisir. D'autre part, de nombreux médicaments influent sur l'appétit et modifient le goût des aliments. Les allergies et les traitements invasifs (chimiothérapie, rayons X, etc.) sont sources de douleurs lors de l'alimentation.

QUEL EST LE RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE ?

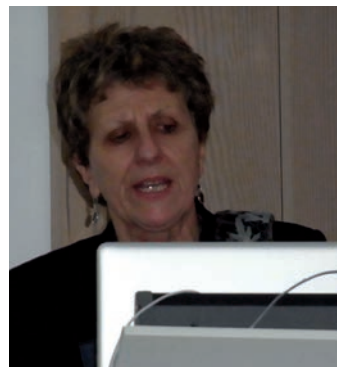
Il consiste à accompagner les parents souvent en situation d'échec, désemparés et inquiets. La construction d'un partenariat avec eux est importante car ils savent très bien décrire les réactions de leur enfant. Auparavant, l'orthophoniste devra recueillir, à travers l'anamnèse, des informations précises sur l'historique alimentaire de l'enfant, notamment le détail des diverses tentatives d'allaitement. Et pour faire un bilan au cours d'un repas, il faut s'intéresser à de nombreux facteurs : l'assise de l'enfant et son installation, la préhension, la gestion par l'enfant des différents stimuli présents, la vérification de la présence et l'estimation de la qualité de la praxie, les choix alimentaires de l'enfant, son autonomie, etc.

Ensuite, l'objectif de la prise en charge orthophonique sera d'assurer la prise de poids pour éviter les carences de plusieurs manières : favoriser ce que l'enfant accepte de manger et l'enrichir en vitamines, diversifier l'alimentation en respectant la façon dont l'enfant gère les stimuli associés, proposer un protocole de stimulation sensorielle (protocole de Wilbarger) pour stimuler l'enfant

afin de lancer le processus d'habituation. Un processus que nous possédons tous. Par exemple, lorsque nous entendons un bruit régulier, notre cerveau s'adapte, puis l'intègre et s'y habitue. Or les enfants ne s'habituent pas. Ils redécouvrent à chaque fois les goûts, le chaud-froid, les grumeaux, ce qui entraîne des réflexes hyper-nauséux et des vomissements. L'objectif est donc d'habituer l'enfant progressivement à ces stimuli présents pendant le repas pour améliorer sa praxie buccale, nécessaire à une bonne gestion des aliments. Il faut introduire le jeu symbolique autour de la table : voir les aliments, les toucher. Une démarche proche de l'hypnose car nous essayons de recréer des circuits neuronaux.

Douleur en ostéopathie du développement

Roselyne Lalauze-Pol, ostéopathe DO, service de chirurgie maxillo-faciale et d'orthopédie dento-faciale de l'hôpital Robert Debré à Paris



De nombreux parents sont désemparés face à un nourrisson qui pleure trop souvent sans pouvoir l'apaiser, qui présente des troubles du sommeil, voire une pathologie pas toujours étiquetée. De même, chez l'enfant plus grand lorsqu'il présente des troubles du comportement, qu'il est en échec scolaire, etc. Après plusieurs traitements qui souvent n'ont pas

donné de résultat suffisant, le recours à l'ostéopathie arrive fréquemment de manière tardive pour tenter d'apaiser les angoisses parentales mais surtout diminuer les troubles de l'enfant. Certaines postures sont inconfortables, même franchement douloureuses, parce qu'elles entraînent ou rendent pérennes nombre de troubles, voire certaines pathologies : torticolis congénital, musculaire, RGO non lié à une allergie, hypertonie axiale, hyper excitabilité centrale, hypotonie, etc.

Après un interrogatoire parental exhaustif, il faudra aborder le nourrisson ou l'enfant et l'apprivoiser. Puis, par une palpation précautionneuse, il sera possible d'identifier la douleur et de procéder à un diagnostic ostéopathique. Après avoir éliminé les contre-indications, l'étape suivante consiste à corriger les sous-croisements suturaux, une compression synchondrale, une dysfonction articulaire, des tensions fasciales, un dysfonctionnement viscéral et d'autres troubles afin de retrouver un fonctionnement physiologique optimal. Les techniques ostéopathiques doivent être précises en s'intéressant électivement aux zones dysfonctionnelles. Lorsque la technique est adéquate, le nourrisson, l'enfant est en confiance avec le praticien et les parents sont étonnés de voir leur enfant si détendu et si calme.



AMÉLIORER LE LIEN MÈRE-ENFANT

Chez l'enfant plus grand, il faudra fréquemment détourner son attention, le distraire par une comptine chantée par la maman, des bulles, des jeux laissant le temps au professionnel de faire son travail. La prise en charge ostéopathe pédiatrique va fréquemment améliorer l'état de l'enfant ; en « gommant » l'inconfort, voire les stigmates de l'expérience douloureuse précoce, elle va aider à retrouver ou à mettre en place un lien mère-enfant plus serein.

Mécanismes de la douleur somatique et de la douleur viscérale : bilan et applications à la douleur de l'enfant

Noël Méi, neurobiologiste, ancien directeur de recherche du laboratoire de neurobiologie du CNRS



La douleur est un phénomène complexe que l'on commence à bien connaître. On peut la considérer comme une modalité sensorielle particulière (la nociception), associée à des composantes émotionnelle, cognitive et comportementale. C'est dire que la perception douloureuse peut varier à l'infini, suivant le sujet, les circonstances et le moment où elle se produit. Si les bases

morphologiques et cliniques de la douleur, aussi bien somatique que viscérale, sont maintenant bien documentées, il n'en va pas de même des mécanismes impliqués, surtout au niveau central. Spécifiquement l'hyperexcitabilité centrale, qui engendre l'hyperalgie, soulève encore nombre d'interrogations.

Mais à la lumière des recherches récentes, on entrevoit comment une stimulation algique, trop intense ou trop persistante, peut avoir des conséquences durables sur le système nerveux central en produisant une empreinte mnésique au niveau des neurones et plus précisément de certaines de leurs synapses. Des études cliniques pointent du doigt l'importance de ce phénomène chez le nouveau-né – le prématuré semble très exposé en raison de l'intensité des soins qu'il exige –, le nourrisson et le jeune enfant. En effet, les « petites douleurs », liées aux soins, peuvent avoir des répercussions pendant plusieurs années, voire la vie entière, en augmentant la sensibilité douloureuse ; il en est de même des douleurs post-opératoires. Chez ces sujets, il paraît donc primordial de lutter efficacement contre la douleur par une analgésie bien conduite, non seulement pour améliorer leur confort mais aussi éviter la survenue de l'hyperalgie chronique.



Les autres conférences

Donner les bases scientifiques indispensables à l'ostéopathie

Patrick Mullié, docteur en biologie, spécialité biochimie, docteur en physique et directeur de recherche à URASO Lille

Recherche de fondements théoriques dans le concept ostéopathe crânien

Joséphine Pollet, ostéopathe DO et titulaire d'une licence de biologie

L'enfant « ADD » (Attention Deficit Disorder), quelle prise en charge ?

Michel Lecendreux, praticien hospitalier au centre pédiatrique des pathologies du sommeil et centre de référence pour la narcolepsie et les hypersomnies idiopathiques, hôpital Robert Debré à Paris

Allergie du petit enfant

Fabienne Rançé, pédiatre allergologue, hôpital Purpan à Toulouse

Le coma de l'enfant

Danielle Vermeulen, docteur en anthropologie sociale et psychosociologue

SEROPP

UNE ÉTHIQUE PARTICULIÈRE ET UNE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La SEROPP (société européenne de recherche en ostéopathie périnatale et pédiatrique) a pour but, à travers l'élaboration de protocoles de recherche et via un comité de réflexion sur les pratiques, de promouvoir la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins ostéopathiques dans le domaine de la pédiatrie et de la périnatalité. Pour y parvenir, elle souhaite s'appuyer sur plusieurs disciplines dont : la physiologie propre à la grossesse et à l'accouchement, en prenant en compte les diverses mécaniques obstétricales ; l'anatomo-physiologie spécifique du nouveau-né et de l'enfant ; et, de manière générale, l'art du toucher thérapeutique.

Pour répondre aux problèmes actuels de l'ostéopathie, notamment son manque de crédibilité vis-à-vis de la médecine, la volonté de la SEROPP est de rassembler tous les praticiens référents dans le domaine de la périnatalité et de la pédiatrie, ostéopathes ou non, pour mettre en place une coopération effective entre l'ostéopathie et la médecine.

DÉCRETS D'APPLICATION : L'ARTICLE 3 EN QUESTION

Les décrets d'application du 25 mars 2007 autorisent tous les ostéopathes, quelle que soit leur formation initiale, à pratiquer des manipulations et des mobilisations (article 1). Cependant, les manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois sont interdites pour les ostéopathes n'ayant pas de diplôme de profession de santé, sauf si un certificat médical de non contre-indication a pu être délivré (article 3).

Dans leur pratique, les ostéopathes certifiés en ostéopathie périnatale et pédiatrique utilisent uniquement des mobilisations douces et précises pour le traitement des nouveau-nés et nourrissons de moins de six mois. Le conseil scientifique de la SEROPP dénonce les techniques cranio-sacrées de type re-birth ainsi que les manipulations forcées pratiquées sur les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants. Au regard de la grande vulnérabilité tissulaire de ces jeunes patients, ces techniques apparaissent toutes anti-physiologiques. Pour Claude Swanepoel, pédiatre et ancien chef de clinique de l'hôpital Necker, il est « indispensable d'instaurer une spécialisation obligatoire en néonatalogie et en pédiatrie. Ce serait beaucoup plus intelligent que de demander un certificat de non contre-indication à un médecin ».

SE FORMER EN OSTÉOPATHIE PÉRINATALE ET PÉDIATRIQUE : UN CHOIX RAISONNÉ

Les décrets d'application de mars 2007 donnent le titre d'ostéopathe à tous les ostéopathes, quelle que soit leur formation initiale. Cependant, choisir de se former en ostéopathie périnatale et pédiatrique doit être un choix



« Nous souhaitons obtenir le statut d'association d'utilité publique »

Séverine Lambert, ostéopathe DO et trésorière de la SEROPP

« La prise en charge des nourrissons de moins de six mois est très sensible. L'État a donc préféré l'encadrer dans le champ de compétences des ostéopathes. C'est pourquoi, la recherche en ostéopathie périnatale et pédiatrique est importante et notre objectif est d'apporter des éléments de preuve de l'efficacité de nos traitements. Notre association veut également être le reflet de l'étroite collaboration entre l'ostéopathie et les praticiens de santé de la période périnatale et pédiatrique. Actuellement, nous avons plusieurs protocoles de recherche en cours d'élaboration avec des clauses de confidentialité. Nous souhaitons obtenir le statut d'association d'utilité publique afin de bénéficier de subventions de recherche pour des projets de grande envergure. Ce statut est attribué aux associations dont la gestion et le fonctionnement sont irréprochables et qui rassemblent au minimum 200 adhérents. Nous sommes aujourd'hui très proches de cet objectif. Le financement de l'association est assuré par les cotisations des adhérents, les droits d'auteur du livre de Roselyne Lalauze-Pol et ceux du logiciel OSTEO-PEDIATRIE® conçu par Roselyne Lalauze-Pol et spécialement dédié à l'ostéopathie pédiatrique. »

raisonné : il ne s'agit pas d'ajouter une nouvelle corde à son arc ou d'apprendre de nouvelles « recettes », même si les décrets d'application de mars 2007 relatifs à la loi de 2002 autorisent tous les ostéopathes à pratiquer des mobilisations. La prise en charge du très jeune enfant demande une éthique particulière et une pratique quotidienne, en considérant sans cesse la globalité de l'individu.

La SEROPP a été créée en mars 2007 sous l'impulsion du professeur Jacques Salducci, professeur honoraire à la faculté de médecine de Marseille et ancien chef de service de gastro-entérologie à l'hôpital Nord, et du docteur Jean Berthet, gynéco-obstétricien des hôpitaux, avec la collaboration d'une équipe d'ostéopathes et de médecins. Roselyne Lalauze-Pol, ostéopathe DO spécialisée en périnatalité et pédiatrie, en est l'actuelle présidente (voir aussi page 31).



Ostéopathes, connaissez-vous vos patients ?

À partir de travaux statistiques, cette étude sociologique menée par Julie Galissot, de l'Isosteo Lyon, a dressé un bilan des caractéristiques de la population consultant en ostéopathie. Avec toutes les limites statistiques et les nuances d'interprétation, le profil type du patient serait le suivant : une femme d'une quarantaine d'années, consultant souvent en première intention, en grande majorité pour des problèmes ostéo-articulaires. Une femme professionnellement active et sensible à l'aspect préventif de l'ostéopathie pour ses enfants.

* Cet article est tiré du mémoire « Étude de la population consultant une clinique ostéopathique dépendant d'une école d'enseignement » réalisé par Julie Galissot, ostéopathe DO, en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathe, et soutenu à Isosteo Lyon en juillet 2010.

Des études ont déjà été menées [1, 2, 3, 4, 5] pour mettre en évidence les diverses motivations qui poussent des patients à se diriger vers les médecines alternatives incluant l'ostéopathie. Ces résultats ont été utilisés pour argumenter certains constats de cette enquête, avec pour objectif de mieux connaître la population qui consulte un ostéopathe, notamment dans une structure où les contraintes financières sont moindres, ici l'unité clinique ostéopathique dépendant de l'Isosteo Lyon. Ainsi, au cours de cette étude, cette population a été comparée à celle de cabinets libéraux (voir ci-dessous). 325 questionnaires ont été remplis par des patients puis analysés. La population étudiée a été classée en deux groupes.

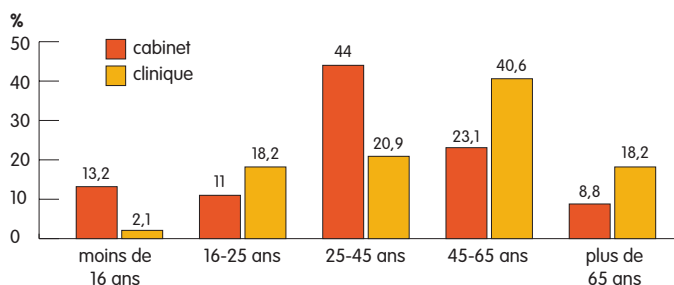
Le groupe 1 correspond aux patients qui consultent l'ostéopathe en première intention. Le groupe 2 comprend les patients qui ont déjà consulté d'autres thérapeutes avant de se rendre chez un ostéopathe pour le même motif de consultation. Dans un premier temps, la comparaison des deux groupes a permis d'identifier si les facteurs socio-économiques et les motifs de consultation peuvent influencer le parcours médical et le choix de la thérapeutique de première intention. Ensuite, le parcours médical préalable, notamment la consultation d'autres professionnels de santé (médecin, spécialiste, kinésithérapeute, etc.), a été analysé pour savoir si l'ostéopathie peut compléter, voire combler une lacune de la médecine classique.

Matériel et méthode

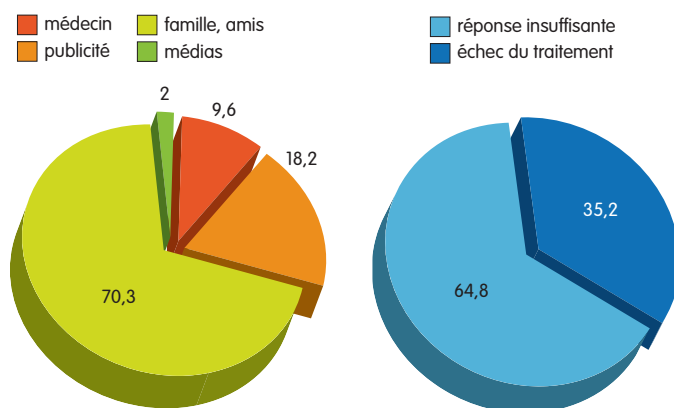
Notre enquête a été menée auprès des patients de l'unité clinique ostéopathique associée à l'Isosteo Lyon et de patients de cabinets libéraux d'ostéopathes exclusifs de Lyon et de ses proches banlieues ouest. Concernant la clinique : les patients qui consultent sont conscients que le soin proposé s'inscrit dans le cadre d'un dispensaire et de la formation de l'étudiant.

Méthodologie

Les patients devaient remplir un questionnaire sous forme de cases à cocher. Le questionnaire a fait l'objet d'une déclaration CNIL. Il a été rempli à la clinique ostéopathique d'Isosteo de septembre 2007 à septembre 2009. L'étude a été élargie aux cabinets libéraux de janvier à septembre 2009 afin d'éviter une dérive d'interprétation. Il convenait aussi de prendre en compte le coût d'une consultation. En clinique, il s'élève à 20 euros ; en cabinets privés, il varie entre 40 et 50 euros. En clinique et en cabinet, le questionnaire est proposé à tout nouveau patient. Il est rempli en salle d'attente en début de consultation avec l'étudiant, la secrétaire de la clinique ou l'ostéopathe. Pour l'analyse statistique, une base de données a été créée sous Access 2000. Pour la méthodologie et l'analyse, les tableaux de résultats ont été réalisés pour permettre des comparaisons de répartitions/proportions. Le test du χ^2 a été utilisé. Le résultat est significatif si $P < 0,05$. L'ensemble des analyses a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 12.0 (Inc Illinois).



Âge des patients (résultats exprimés en %)

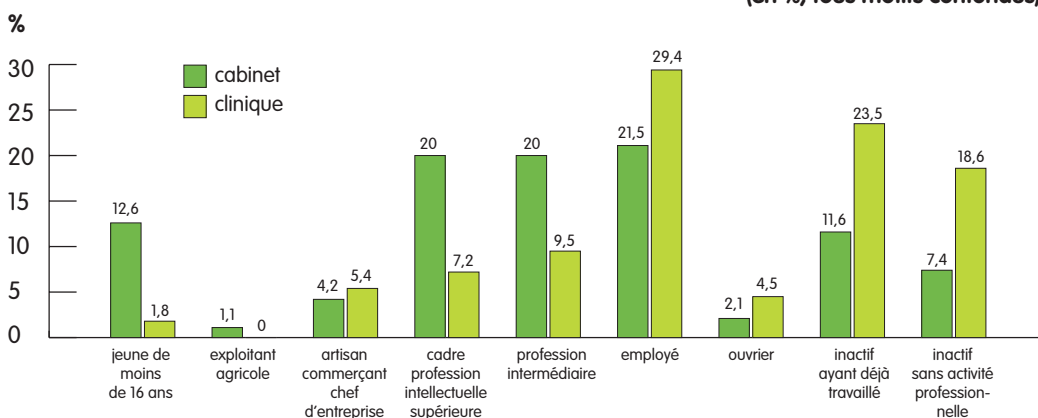


Origine de l'information sur l'ostéopathie (en %)

Groupe 2 : justification de la séance d'ostéopathie (en %, tous motifs confondus)



Julie Galissot



Catégorie socio-professionnelle (exprimé en %)

Les femmes seraient-elles plus sensibles à l'ostéopathie ?

Auparavant, l'analyse des résultats obtenus a permis de récolter des informations démographiques. Ainsi, l'étude révèle que les femmes représentent un pourcentage plus élevé des consultations par rapport aux hommes (52% contre 48% de la population totale). Dans notre société, les femmes vieillissent mieux et l'ostéopathie est certainement un moyen de répondre à une sensibilité plus marquée chez la femme aux premiers signes physiques du vieillissement ou aux troubles fonctionnels. Les hommes auront plutôt tendance à consulter après l'apparition de douleurs physiques très importantes. Par ailleurs, la classe d'âge la plus représentée est celle des 45-65 ans (34,9% de la population totale) et la majorité des consultations est motivée pas un problème ostéo-articulaire, dont notamment les problématiques arthrosiques et rhumatologiques. Ces problèmes concernent le plus souvent les personnes à partir de 40-50 ans et expliqueraient le nombre de patients élevé dans cette catégorie d'âge. En cabinet, la

population est plus jeune, avec une moyenne d'âge de 37 ans, et vient de catégories socio-professionnelles plus aisées. Vis-à-vis de l'ostéopathie, la démarche de cette population est donc différente. Elle vient consulter plus jeune, plus tôt, par souci de prévention ; le coût financier des consultations ne constitue pas un obstacle.

Les plus de 65 ans, quant à eux, ne rassemblent que 15,1% de la population totale de l'enquête malgré les problèmes ostéo-articulaires fréquemment évoqués par ces patients. Un résultat qui peut s'expliquer par :

- la hausse de la gravité des pathologies et des symptômes rencontrés, voire une perte d'autonomie, qui freinent les consultations ostéopathiques au profit d'une prise en charge médicale classique (hospitalisation, placement en maison de repos, etc.) ;
- des raisons financières. En effet, cette catégorie est plus présente en clinique (18,2% des consultations contre 8,8% en cabinet) où le tarif est de 20 euros contre 40 à 50 euros en cabinet ;
- des motifs « culturels » pour une génération qui n'a pas connu l'ostéopathie dans son jeune âge.

Références

[1] Dilhuydy J.-M., « L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer ni réfuter », *Bulletin du Cancer*, 2003, n° 90 (7) : 623-8.

[2] Simon L., Prebay D., Beretz A., « Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France », *Bulletin du Cancer*, 2007, n° 94 (5) : 483-8.

[3] Träger-Maury S., Tournigand C., Maindault-Goebel F. et al., « Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français », *Bulletin du Cancer*, 2007, n° 94 (11) : 1017-25.

[4] Locatelli M., *Déterminants et motivations des patients dans le choix de leur thérapeute de première intention - quel que soit leur motif de consultation*, [mémoire], Lyon, Centre européen d'enseignement supérieur en ostéopathie CEESO, 2009. 146 p.

[5] Grappin J.-M., Gelas Dore B., Touzet S., Schott A.-M., Département d'information médicale des Hospices Civils de Lyon, « Enquête sur les motifs de consultation en cabinet d'ostéopathie en 2002 », *Apostill*, 2007, n° 18 : 13-19.

[6] Roulier G., *Ostéopathe : profession d'utilité publique. Le Livre Blanc de l'ostéopathie*, FESO, 1995. Document fourni par l'auteur.

[7] Gouyon M., Dress, *Études et résultats, consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale*, n° 704, octobre 2009. 8 p.

Disponible sur internet à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm> - 29/01/10

[8] Cathebras P., « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme », publié dans l'ouvrage sous la direction de Jean Benoist, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, chapitre XII, p. 315-330. Paris, Les Éditions Karthala, 1996, 520 p.

Les problèmes osseux, premier motif de consultation

Les problèmes osseux et articulaires, seuls ou associés à d'autres motifs, sont présents dans 89,2% des consultations. Les motifs liés à la colonne vertébrale (cervicale, dorsale, lombaire) concernent au moins 40% des consultations. Dans l'esprit des patients, l'ostéopathie est donc fréquemment liée à des indications d'ordre « osseux ». L'étymologie et la consonance même de la dénomination d'ostéopathie peuvent expliquer en partie cette compréhension première mais partielle du terme. Cependant, il est vrai que la majorité des patients viennent consulter par bouche à oreille et que l'ostéopathie connaît d'excellents résultats sur ce type de pathologies. Ainsi, l'ostéopathie conquiert et conserve de nombreux patients sur ce terrain mais une grande partie de son champ opératoire reste à faire découvrir au grand public.

Par ailleurs, l'aspect préventif commence à être intégré par les patients bien que beaucoup d'entre eux considèrent encore l'ostéopathie comme une solution de dernier recours. Pour affiner cette analyse, deux types de motifs de consultation ont été analysés. Les motifs « autre-bilan général » et « motifs multiples ». Le premier type représente l'idée d'un « check up » et d'une volonté de prévention alors que le second type, « motifs multiples », concerne la traumatologie sportive, la podologie, la dermatologie, les problèmes cardio-respiratoires, les enfants. Il semble que les patients considèrent que le type de motifs « autre-bilan général » est très spécifique à l'ostéopathie et ils consultent donc en première intention.

En effet, la catégorie « autre-bilan général » est davantage représenté dans le groupe 1 (consultation ostéopathique en



première intention, 14,2 % des consultations de ce groupe) que dans le groupe 2 (consultation ostéopathe en seconde intention, 0,5 % des consultations de ce groupe). Inversement, les « motifs multiples » sont proportionnellement plus présents dans le groupe 2 que dans le 1 (14,6 % contre 4,2 % des consultations). Deux conclusions peuvent être dégagées de cette observation :

- les patients ont déjà essayé de multiples thérapies et se tournent en dernier recours vers l'ostéopathie ;
- les patients ignorent les possibilités thérapeutiques de l'ostéopathie vis-à-vis de ce type de pathologies (justement car elles sortent du champ habituel de motif osseux en lien avec la colonne) et ne pensent pas à consulter en première intention.

Consultation en première ou seconde intention : quel choix des patients ?

Selon une enquête de Guy Roulier réalisée en 1997 [6], seuls 5 % des patients consultaient un ostéopathe en première intention. Ce chiffre est aujourd'hui de 37 % pour la population totale de l'enquête. Consulter un thérapeute non-médecin en première intention est une preuve de confiance ; l'ostéopathie a donc gagné en crédibilité auprès des patients. Un constat renforcé par la proportion de patients qui consultent en première intention au sein des cabinets, soit plus de la moitié (51,6 % des patients contre 31,8 % des patients de la clinique).

À partir de cette analyse, l'enquête s'est également attachée à étudier comment la catégorie socio-professionnelle (CSP) et le motif de consultation peuvent influencer le choix de l'ostéopathie en première intention. Ainsi, l'étude montre que

les employés sont les plus représentés au sein des patients (26,9 %). Cette CSP comprend, selon l'INSEE, principalement des femmes (75 %). Si les premières indications démographiques de l'étude révélaient que les femmes consultent davantage un ostéopathe, la raison peut s'expliquer par le nombre important d'employés.

Par ailleurs, les « professions intermédiaires » et « cadres-professions intellectuelles supérieures » regroupent 40 % de patients en cabinet contre 17 % en clinique. Des raisons financières peuvent justifier la différence marquante de répartition pour cette CSP qui semble plus à même de supporter le coût supérieur d'une consultation en cabinet. La disparité d'accès à des soins ostéopathiques entre les classes sociales est ici clairement mise en évidence. Une hypothèse à nuancer toutefois, car les cabinets qui ont participé à l'étude sont implantés dans des secteurs où ce type de CSP est majoritaire.

Autre raison pouvant expliquer cette disparité, les plages horaires de rendez-vous de la clinique. Elles sont calquées sur les horaires de bureau (8 h 00-12 h 00 et 14 h 00-18 h 00) tandis que les cabinets offrent des plages horaires plus vastes. Les personnes actives dépendent pour beaucoup de leurs horaires de travail, moins compatibles avec ceux de la clinique. Pour certaines CSP, on peut noter une différence dans les tendances à consulter en première intention ou non. Ainsi, les moins de 16 ans sont plutôt présents dans le groupe 1 en première intention. Deux raisons possibles :

- L'ostéopathie chez l'enfant prend en charge essentiellement les troubles fonctionnels (trouble du transit, RGO, problème de sommeil, plagiocéphalie) ou procède à un bilan post natal dont la prise en charge et les principes de traitement relèvent des champs d'application et de spécificités de l'ostéopathie.
- Chez l'enfant, la prise en charge est davantage orientée vers la prévention. D'après une étude menée auprès de cabinets de spécialistes [7], la prévention et les conseils d'hygiène de vie ou d'alimentation représentent une part importante de l'activité des pédiatres (qui déclarent en pratiquer au cours des trois quarts de leurs consultations). L'approche ostéopathique, en complément, rejoint cette démarche préventive. Elle centre son action sur les problèmes d'ordre fonctionnel où l'allopathie propose moins de réponses adaptées.

Les « inactifs ayant déjà travaillé » sont plutôt présents dans le groupe 2 (25 % contre 11,9 % en première intention). Comme nous l'avons déjà évoqué, il est possible que leurs pathologies, potentiellement plus invalidantes, nécessitent un suivi allopathique indispensable auquel l'ostéopathie ne peut suppléer. Elle serait plutôt une médecine de confort, un moyen de multiplier les chances de guérisons. D'autre part, la « culture médicale et thérapeutique » des personnes les plus âgées ne les a pas habituées à recourir aux médecines « douces » qui n'étaient reconnues dans le passé.

Quel est le parcours médical préalable des patients ?

Le médecin généraliste représente 57,5 % des professionnels consultés préalablement. Le mode de fonctionnement de notre système de santé et la réforme du médecin traitant (2004), qui incite le patient à consulter le généraliste en tant que premier interlocuteur de santé, explique en grande partie ce constat. D'après plusieurs études, [8] et [4], les patients hésitent de moins en moins à « cacher » auprès de la médecine classique le recours à des médecines complémentaires. Dans ce contexte, l'ostéopathie trouve toute sa place et peut répondre à une véritable « attente », en complémentarité de la médecine classique.

Comment le patient justifie-t-il sa consultation en ostéopathie ?

Dans le questionnaire, les patients pouvaient répondre que la consultation en ostéopathie était en rapport avec « un échec du traitement » ou « une réponse insuffisante » de la part des professionnels consultés. Une consultation « suite à une réponse insuffisante » reste une idée vaste, subjective et variable selon les individus. En effet, dans toute consultation, la « réponse » attendue par le patient est celle qui doit satisfaire sa demande, son attente sous-jacente quelle qu'elle soit. Elle peut varier suivant le patient et sa plainte. Elle peut être un besoin d'information, d'écoute, de considération, etc. Cette réponse peut traduire une part d'insatisfaction des patients par rapport à leur attente vis-à-vis du thérapeute, du traitement ou de la prise en charge.

La réponse « échec de traitement » renvoie plutôt à une constatation physique, concrète, liée à l'évaluation de la douleur, à son apaisement ou non. Tous motifs confondus, 64,8% des patients consultent l'ostéopathe suite à une réponse insuffisante. Même si les échecs de traitement font partie des motivations, ils ne semblent pas constituer le cœur du problème.

Les limites et perspectives de l'enquête

Beaucoup de questionnaires mal remplis devenaient alors non exploitables pour certaines questions. Certains items sont à revoir. Par exemple, les propositions « échec de traitement » ou « insuffisance de réponse » sont difficilement différenciables. Les résultats ne sont donc pas interprétables de manière fiable. Néanmoins, il serait intéressant de compléter ultérieurement cette étude plutôt quantitative par une méthode qualitative basée sur des entretiens approfondis afin d'explorer l'aspect « humain » et sociologique. Cela pourrait être envisageable sous forme d'une enquête à questions ouvertes sur un nombre restreint de patients « types » ou avec l'aide d'un sociologue.

Les patients connaissent l'ostéopathie essentiellement à travers des motifs de consultation d'ordre musculo-squelettique. Il est important aujourd'hui de mener une information et



une sensibilisation sur toutes les indications de l'ostéopathie, même si chez une partie des patients qui consultent en première intention, l'ostéopathie est perçue dans son rôle de prévention de santé.

Cependant, de manière générale, les patients semblent avoir bien saisi l'intérêt et l'efficacité de l'approche ostéopathique ainsi que sa complémentarité avec l'allopathie. Elle représente une opportunité pour des patients qui, confrontés à des pathologies souvent multiples, ne trouvent pas toujours de réponses suffisantes à leurs attentes dans la médecine classique pour parfois résoudre une situation d'échec thérapeutique.

Du fait de l'augmentation du nombre de consultations en première intention, l'ostéopathe devient un acteur de santé de premier ordre. Il doit donc trouver sa place dans le système de soins français en continuant à montrer sa compétence spécifique et complémentaire à d'autres approches de soins. Après la reconnaissance de l'ostéopathie en 2002 par les pouvoirs publics, il reste néanmoins regrettable que les prestations ostéopathiques ne soient pas remboursées par la Sécurité Sociale. Même si de plus en plus de mutuelles couvrent en partie les frais dépensés par les patients, cette enquête révèle de réelles disparités dans l'accès aux soins ostéopathiques : les classes sociales aisées sont davantage présentes en cabinets libéraux. Une réflexion éthique serait aussi à mener sur l'accès à ces soins ostéopathiques pour tous.

Vous pouvez retrouver l'intégralité de ce mémoire sur www.losteopathe.fr



Télésecrétariat 24h/24 et 7j/7
Votre partenaire au quotidien



Pour 2011, A3COM exauce vos vœux



...Un relais souple et compétent

...Finis les appels perdus

...Plus de productivité

- Accueil téléphonique personnalisé 24h/24 - 7j/7 • Prise de messages
- Gestion de vos rendez-vous et instructions • Traitement des appels urgents
- Agenda et messagerie interactifs • Synchronisation appareil mobile*
- Rappel des rendez-vous par SMS

Pour en savoir plus **01 45 14 75 01** ou www.a3com.fr



A3 la Communication - Télésecrétariat 24h/24 7j/7
41 rue de la prairie - 94120 Fontenay-sous-bois - Tél. : 01 45 14 75 00 - www.a3com.fr
*Sous réserve d'une connexion internet depuis votre mobile

A3com - SC - janvier 2011 - www.a3com.fr

ENSEIGNEMENT DE LA METHODE JEAN MONEYRON

UNE THERAPIE MANUELLE ALTERNATIVE

AUX TECHNIQUES STRUCTURELLES

LYON - TOULOUSE - RENNES

Par **FRANÇOISE MONEYRON**, ostéopathe agréée.

Renseignements: **A.D.M.M.**

8, avenue E. Chabrier - 63600 AMBERT - Tél : 04 73 82 30 86

Pour plus d'informations, visitez notre site internet :

www.moneyron.com



ET VOUS ?

Grâce à son positionnement sur Internet



1 500 personnes trouvent chaque jour un ostéopathe sur

www.osteopathe.com

Déjà plus de 1 200 ostéopathes référencés

Inscrivez-vous en ligne

Inscrivez-vous en ligne sur www.osteopathe.com
ou contactez-nous au 04.75.42.75.66 - email : contact@osteopathe.com
Inscription : 60€ HT/an
Associations, syndicats : Abonnez vos adhérents et bénéficiez d'un tarif de groupe

1 an d'abonnement GRATUIT
avec le code LOSTEOPATHE*

* un an d'abonnement offert avec le code LOSTEOPATHE pour toute souscription d'un abonnement d'un an ou 3 mois d'essai gratuits.