



Enseignement de l'Ostéopathie
dans le Champ crânien :
De son apprentissage à sa pratique

Synthèse bibliographique et Bases d'un processus
d'évaluation des connaissances et compétences

Par Thomas Carpentier

Maître de mémoire : Laure Beustes, Ostéopathe D.O.

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme Supérieur en Ostéopathie

DSO

Collège Ostéopathique Sutherland Aquitaine

2009-2010

RESUME

Résumé en français :

Ce mémoire a pour but de fournir les bases nécessaires à l'élaboration de protocoles pour évaluer les différents niveaux du dispositif mis en place pour l'enseignement de l'Ostéopathie dans le champ crâniosacré et sa pratique par les futurs ostéopathes.

A travers la synthèse bibliographique du sujet, nous avons pu établir une réflexion sur les principes de l'Ostéopathie appliquée au champ crânien (histoire, théorie, concepts, réglementation, ...) et ainsi constater la nécessité d'effectuer une évaluation et une énumération précise des connaissances et compétences nécessaires à la pratique dans ce domaine.

Cette réflexion sur l'enseignement de l'Ostéopathie dans le champ crânien a permis d'exposer les données à prendre en compte et les paramètres à mettre en place pour l'élaboration d'une telle étude. Ce travail constituera alors une bonne base de travail pour les différents acteurs de l'enseignement qui souhaiteront évaluer leur activité.

Résumé en anglais :

This thesis aims at providing the fundamental criteria needed to create evaluation protocols of the teaching of craniosacral osteopathy and their application by the future osteopaths.

Through a bibliographical study, we surveyed the principles of craniosacral osteopathy (history, theory, concepts, rulings...), and consequently ascertained the necessity of precisely evaluating and enumerating the knowledge and skills necessary for good practice in this field.

This reflection on teaching craniosacral osteopathy seeks to define the data that have to be taken into account and the parameters that have to be settled for the appropriate development of such a discipline. Thus we believe that this work would provide a good basis for the teachers who would like to evaluate and ameliorate their activity.

Mots clés : Apprentissage, Développement, Pédagogie, Enseignant, Etudiant, Concept crânien, Evaluation.

SOMMAIRE

Remerciements p III

Introduction p 1

Première Partie : Présentation.

I - Ostéopathie crânienne : un état des lieux p 2

1. Ostéopathe, une profession p 3
2. Historique de l'enseignement de l'Ostéopathie et de l'Ostéopathie dans le champ crânien p 9
3. Ostéopathie dans le champ crânien : Théorie et Pratique p 27
4. Reconnaissance de l'Ostéopathie dans le champ crânien p 30
5. Réglementation de l'enseignement de l'Ostéopathie p 38
6. État des lieux de la formation en Ostéopathie en France p 41
7. Qu'est ce qui conditionne le programme d'enseignement ? p 44
8. La nécessaire évolution des modèles p 45

II - L'étudiant et l'apprentissage. p 47

1. Développement cognitif, comment apprendre et comprendre ? p 47
2. Développement sensoriel : comment apprendre à écouter p 54
3. Développement émotionnel : comment apprendre à ressentir ? p 64

III - L'enseignant et la pédagogie p 69

1. Introduction à la pédagogie p 69

2. <u>L'enseignant</u>	p 73
3. <u>La pédagogie</u>	p 76
4. <u>Prospectives sur le rôle de l'enseignant basées sur le modèle pédagogique actuel</u>	p 82

Deuxième Partie : Etude

I - Evaluation d'un processus de formation	p 86
1. <u>Organisation de la démarche d'évaluation</u>	p 86
2. <u>Evaluation de la formation par les étudiants</u>	p 91
3. <u>Evaluation de la formation par les professionnels</u>	p 93
II - Proposition d'une étude pour l'évaluation de l'enseignement de l'Ostéopathie dans le champ crânien et son apprentissage	p 98
1. <u>But de l'étude</u>	p 98
2. <u>Compétences de l'ostéopathe selon la Norme des compétences de l'ostéopathe 2004</u>	p 99
3. <u>Référentiel des compétences professionnelles en Ostéopathie du champ crânien</u>	p 100
4. <u>Liste des différents domaines de compétence</u>	p 101
5. <u>Programme d'enseignement selon le Livre Blanc de l'Ostéopathie</u>	p 104
6. <u>Référentiel de la formation en Ostéopathie dans le champ crânien : Connaissances et Savoirs</u>	p 105
Conclusion	p 109
Lexique	p 111
Bibliographie	p 114

Table des illustrations

p i

Table des matières

p iii

REMERCIEMENTS

Ces remerciements s'adressent en premier lieu à l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de Collège Ostéopathique Sutherland de Bordeaux qui nous a accompagné durant ces cinq années de formation. Ils nous ont permis de découvrir des connaissances et de les assimiler en savoirs, savoir faire, savoir être,

Je tiens à remercier Laure Beustes, Ostéopathe DO, qui, par son approche en tant qu'enseignante, nous a permis à nous, apprenants, de partir à la découverte des connaissances et d'ainsi mieux les intégrer afin de nous permettre une réflexion et un raisonnement sur l'Ostéopathie appliquée au champ crânien. Cette réflexion m'a permis personnellement de mieux comprendre ma vie passée d'étudiant en Ostéopathie et ma vie présente et future de professionnel ostéopathe.

Je tiens à remercier également mes collègues de promotion, ceux qui m'ont supporté moi et mes questions, et qui ont permis que ces cinq années d'études passent très vite et soient vraiment enrichissantes autant sur le plan humain que sur le plan professionnel.

... Merci à tous.

Introduction

Depuis le début du siècle, différents événements diplomatiques et politiques en rapport avec l'Ostéopathie, ont eu pour effet de modifier l'enseignement de l'Ostéopathie en général, et de l'Ostéopathie dans le champ crânien en particulier. En effet, au cours de son évolution, que ce soit dans le monde ou dernièrement en France, les différents arrêtés, décrets, lois et autres réglementations concernant l'enseignement et l'apprentissage de l'Ostéopathie ont eu tendance à modifier celui-ci dans le but de le normaliser et de le rendre plus lisible en comparaison des médecines dites conventionnelles.

Ainsi, ce remaniement a eu pour but de faire sortir l'Ostéopathie d'une certaine illégalité dans laquelle elle évoluait jusque-là en raison du poids du système monopoliste des médecines conventionnelles, et notamment de celles de notre Hexagone.

En effet, depuis sa fondation par Andrew Taylor Still aux Etats-Unis en 1874, l'Ostéopathie a rencontré de nombreux détracteurs et a tardé à se faire reconnaître. Et, il faut somme toute constater que, lorsqu'elle a été reconnue, cela a souvent été au prix de compromis remettant largement en question sa philosophie et son concept, et même dans son berceau aux Etats-Unis, qui fut le premier à la reconnaître malgré tout dès les années 1950.

En France, la reconnaissance de l'Ostéopathie en 2002, et ses décrets d'application de lois de 2007 et de 2008, ont aussi amené des modifications dans la réglementation de la profession, et donc, dans l'enseignement prodigué par les écoles, tant sur les volumes horaires que sur les contenus des programmes de cours. Ainsi, l'enseignement de disciplines comme celui de l'Ostéopathie dans le champ crânien, ou celui de l'Ostéopathie dans la sphère viscérale, semble avoir quelque peu périclité devant un modèle plus conventionnel de la pratique de l'Ostéopathie basé sur des approches musculo-squelettiques, plus proches des standards des médecines conventionnelles.

Devant cette constatation, il devient nécessaire de faire un état des lieux sur les abords pédagogiques mis en place dans les différents centres de formations pour appréhender notamment le champ crânien en Ostéopathie. En effet, dans cette configuration, il est important de s'assurer que les bases indispensables à la bonne mise en pratique de cette discipline soient correctement dispensées aux futurs ostéopathes pour, non seulement leur assurer une compétence dans cette sphère mais, surtout, pour leur permettre d'appréhender dans le futur leurs patients dans la globalité, et ce, en respectant la définition et les principes fondamentaux de l'Ostéopathie, à savoir une approche holistique de l'individu.

Ce mémoire propose donc, à partir d'une synthèse bibliographique sur l'enseignement de l'Ostéopathie dans le champ crânien, d'établir des réflexions voire des propositions dans le but de mieux définir les bases essentielles et nécessaires à l'enseignement de celle-ci et à son apprentissage par de futurs ostéopathes.

Pour ce faire, et pour mieux cerner notre sujet, nous débuterons dans une première partie, par une présentation de l'Ostéopathie dans le champ crânien au travers de sa propre histoire, mais aussi de celle des thérapies manuelles et de celle de l'Ostéopathie en général. Puis nous poursuivrons cette présentation par des rappels sur les modalités d'apprentissage de l'étudiant ainsi que sur les modalités de pédagogie mises en place par l'enseignant, toujours en essayant de rapprocher celles-ci de la formation en Ostéopathie.

Ceci nous permettra ainsi, dans une deuxième partie, de nous intéresser plus spécifiquement à l'évaluation de la formation en Ostéopathie dans le champ crânien afin de proposer, enfin, les moyens à mettre en œuvre pour déterminer les savoirs, compétences et connaissances nécessaires à l'ostéopathe dans ce domaine.

Première Partie : Présentation

I - Ostéopathie dans le champ crânien : un état des lieux

1. Ostéopathe, une profession

Dans cette première partie, nous allons présenter les différents éléments caractérisant l'art thérapeutique manuel qu'est l'Ostéopathie. Pour cela, nous allons commencer par prendre comme base les éléments qui avaient été présentés dans le *Livre Blanc de L'Ostéopathie 2000* réalisé par Guy Roulier et Michel Fischer ¹. Ce document présentait à l'époque une pratique non reconnue et tentait d'établir un état des lieux et une projection sur l'avenir de l'Ostéopathie. En plus du Livre Blanc, nous nous appuyons sur d'autres sources bibliographiques pour mieux rendre compte des différentes notions abordées.

1.1. Une définition de l'Ostéopathie

« L'Ostéopathie est une approche diagnostique et thérapeutique manuelle des dysfonctions de mobilité articulaire et tissulaire en général, dans le cadre de leur participation aux altérations de l'état de santé. » (Directeurs de département de l'Académie d'Ostéopathie de France, 2003) ².

Les façons d'énoncer une définition de l'Ostéopathie sont nombreuses mais le concept ostéopathique, qu'on parle d'art manuel ou de science thérapeutique, impose pour décrire le concept et/ou la pratique d'utiliser certains termes comme **approche**, **diagnostic**, **thérapeutique**, **dysfonction** et **santé** (voir lexique).

L'Ostéopathie est jeune aux yeux de la législation et pour mieux se faire connaître à la fois du législateur et des organismes qui régissent la vie sociale en France, elle doit utiliser des mots précis pour se faire comprendre et se faire reconnaître. Ainsi, que ce soit pour définir son concept ou sa pratique, elle doit s'attacher à employer une langue commune à tous. Les notions de dysfonction, de lésion ostéopathique, de manipulation, de mobilisation, jusqu'à la notion de traitement par détente des membranes, doivent être correctement définies voire modifiées au

¹ « Le livre blanc de l'ostéopathie » réalisé par Guy Roulier et Michel Fischer, 1999-2000.

² « Définition élaborée par les directeurs de département de l'Académie d'Ostéopathie de France » (AO), www.academie-osteopathie.fr

niveau sémantique pour s'adapter au langage médical admis, sinon elles restent mal comprises et entraînent méfiance et suspicion.

1.2. Une thérapeutique à la fois art et science

1.2.1. Principes

L'Ostéopathie est une thérapeutique qui se caractérise par trois critères :

- La main est l'outil d'analyse et de soins,
- L'individu est pris en compte dans sa globalité,
- Le principe de l'autorégulation (homéostasie), la capacité propre à l'organisme de se régénérer.

1.2.2. Diagnostic

A la fois art, science et technique, l'Ostéopathie s'appuie sur un concept philosophique et une éducation palpatoire pour percevoir et identifier les tensions et déséquilibres de la structure corporelle. L'ostéopathe se caractérise par l'utilisation de l'outil-main : il touche, analyse et aide le corps à trouver la voie de la guérison, *les doigts pensent*³. La pratique thérapeutique ostéopathique implique donc des compétences dans la **connaissance approfondie du fonctionnement du corps humain, des interrelations entre les systèmes**. Pour le *Conseil National du ROF*⁴ (*Registre des Ostéopathes de France*), ces compétences découlent de la formation de l'ostéopathe qui vise à intégrer des **connaissances** en anatomie et en physiologie au sens le plus large.

La structure corporelle s'organise autour de différentes structures qui coopèrent et interagissent pour le maintien de la santé. Si la mobilité de ses multiples et hétérogènes structures est perturbée, leur fonction l'est aussi. Pour réagir à ces dysfonctionnements, des compensations s'organisent. Le praticien ostéopathe cherche l'étiologie des dysfonctionnements en investiguant au-delà du symptôme. L'ostéopathe prend la dimension générale des structures corporelles, et c'est cette globalité qu'il va traiter, il apporte également la mise en place d'un dispositif de prévention de ces dysfonctionnements.

Les différentes structures, interdépendantes les unes des autres, doivent être traitées par l'ensemble pour redonner à chaque structure leur mobilité initiale. Nous comparerons le fonctionnement du corps humain au mécanisme du piano : **pour un morceau musical**

³ « L'Ostéopathie, exactement » de Lionelle Issartel et Marielle Issartel, éd Robert Laffont, 1983, p139.

⁴ « Norme de compétence de l'ostéopathe 2004 » réalisé pour le Conseil national du ROF.

interprété, l'harmonie de l'ensemble de notes dont il est constitué dépend de chacune d'entre elles. Si une seule note est fautive, l'harmonie est rompue et il faut à terme réaccorder le piano.

1.2.3. Plan de traitement

D'après Bertrand Ludes ⁵, de sa vision holistique du patient, l'ostéopathe organise un plan de traitement dont le geste thérapeutique s'applique dans le champ physiologique. Il est mis en place selon :

- des **options stratégiques** : choix des outils ostéopathiques en fonction du mécanisme lésionnel, de la hiérarchie de ces dysfonctions, de la vitalité du patient ;
- des **options tactiques** : place du traitement ostéopathique dans l'arsenal thérapeutique complet du parcours santé.

1.3. Une thérapeutique holistique : pour tout et pour tous

De plus en plus de patients consultent un ostéopathe. En 1983 une étude révélait que 5 % de la population française se tournait vers les ostéopathes. En 1995 l'étude *COFREMCA France* ⁶ (Institut de sondage. Étude réalisée en avril 1995) indiquait que 19 % de français avaient consulté un ostéopathe. Aujourd'hui, devant l'augmentation des mutuelles qui remboursent des soins ostéopathiques et les différents événements quand à la reconnaissance de la profession, il n'est pas difficile de penser que la population, comme les organismes mutualistes, s'intéressent grandement à l'intérêt de profiter d'une médecine alternative et complémentaire à la médecine conventionnelle.

Douleur, mobilité, fonction, sont les trois éléments sur lesquels l'Ostéopathie doit être efficace selon François Lecorre et Emmanuel Rageot ⁷. Par l'acte manuel, l'ostéopathe doit être efficace sur ces trois constantes sinon il se trouve dans les limites de l'indication de sa thérapeutique. Les **indications de l'Ostéopathie** sont la rhumatologie mécanique, les traumatismes de tous ordres (sport, vie quotidienne, accidents de voie publique, ...), mais elle

⁵ « Ostéopathie Chiropraxie, Rapport présenté par le professeur Bertrand Ludes à la demande du ministre de la Santé et des Solidarités », 2007.

⁶ COFREMCA : Institut de sondage, 14, rue Milton, 75009 Paris. Étude réalisée en avril 1995 par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 25 ans et plus. Les critères de représentativité sont le sexe, l'âge, la région, l'habitat et la CPS du chef de ménage basée sur les données INSEE.

⁷ « Atlas pratique de Médecine manuelle ostéopathique » de François Lecorre et Emmanuel Rageot, 2^{ème} édition, éd Masson. Indications (p45 à 47).

intervient sur des domaines plus spécifiques comme la pédiatrie ⁸ et la gériatrie entre autres, sur des troubles fonctionnels au niveau de toutes les sphères ⁹.

Par contre, dans le cas d'une maladie dégénérative, neurologique ou toxi-viro-infectieuse grave par exemple, c'est-à-dire dans le cas de pathologies organiques, l'Ostéopathie est compatible tant que la thérapeutique est **orientée sur les manifestations fonctionnelles de la maladie**, comme le souligne Paul Chauffour ¹⁰. L'investigation clinique sera alors analytique, spécifique et non agressive. Dans certains cas, l'ostéopathe peut prendre en charge seul ces pathologies fonctionnelles, dans d'autres cas **il travaille conjointement avec d'autres praticiens** au soulagement et à la guérison du patient.

L'ostéopathe traite des individus de tout âge, des nourrissons aux personnes du troisième âge, des familles entières adhérant à un objectif : préserver une santé harmonieuse. Comme le dit Guy Roulier ¹¹, elle aide chacun à gérer de manière responsable son *capital-vie-santé* pour un mieux-être durable et véritable. **La bonne santé n'est pas seulement considérée comme l'inverse de la maladie, un objectif à atteindre, mais aussi comme une qualité d'existence à préserver par diverses mesures préventives.** Le regard porté par l'ostéopathe sur l'individu est non négligeable pour le bien-être de celui-ci puisque la globalité qui est considérée.

1.4. Une profession, donc une Ethique et une Déontologie

Aujourd'hui, la profession d'ostéopathe DO est structurée tant dans son éthique que dans sa déontologie. Le *ROF (Registre des Ostéopathes de France)*, un des garants de la profession, dit que **l'ostéopathe se distingue des autres professionnels de santé par une compétence spécifique établie et qu'il s'inscrit en complément de ces autres acteurs du parcours santé** ¹². Sa pratique thérapeutique prend en compte la primauté de la personne, le droit fondamental du citoyen à l'accès à des soins de qualité, le respect de la personne humaine, de sa vie et de sa dignité. L'ostéopathe se doit de pratiquer en prévenant tous abus et dérives.

Les candidats à la profession, comme les praticiens en exercice, se doivent d'appliquer ces règles et de conserver ces compétences dans leur pratique. Bertrand Ludes ¹³ distingue donc différents éléments éthiques et déontologiques (voir lexique). L'éthique rend compte des valeurs

⁸ « Ostéopathie pédiatrique » de Nicette Sergueef, éd Elsevier, Préface de Harold Magoun, p1.

⁹ « L'Ostéopathie, exactement » de Lionelle Issartel et Marielle Issartel, éd Robert Laffont, 1983, p 257.

¹⁰ « The mechanical Link, Journal de l'Ostéopathie... précisément » de Paul Chauffour., L'Ostéopathie ... précisément n°22, p 23.

¹¹ « Le Livre Blanc de l'Ostéopathie » réalisé par Guy Roulier et Michel Fischer, 1999-2000.

¹² <http://www.osteopathe.org/reglement.html> , « Article 1 conditions d'amission. ».

¹³ « Ostéopathie Chiropraxie, Rapport présenté par le professeur Bertrand Ludes à la demande du ministre de la Santé et des Solidarités », 2007.

du praticien concernant ses relations avec le patient, avec les différents acteurs de santé, et avec la santé publique (la profession dans sa conception et dans son implication sociale). La déontologie, ce sont les règles qui découlent des valeurs et notamment l'ostéopathe est un garant de la finalité et du bon usage des soins. Ceci est induit par la formation de l'ostéopathe, ces connaissances comme ces compétences, cela dépend de l'enseignement qu'il a reçu.

Les objectifs définis par le *Registre des ostéopathes de France (ROF)* concernant l'enseignement de l'Ostéopathie sont :

- « **S'assurer de la valeur académique du cursus de formation ;**
- **Être représentatif et garant, sur le plan national et international, de la compétence et de la moralité des professionnels dûment enregistrés comme DO membres du *Registre des Ostéopathes de France (ROF)*.** »¹⁴

Une Ostéopathie de qualité implique une formation de qualité pour un ostéopathe compétent. Pour cela il faut donc mettre en évidence des compétences communes à l'ensemble des professionnels ostéopathes afin de permettre une plus grande lisibilité de la profession et d'instaurer des échanges entre les différents courants ostéopathiques, favorisant ainsi l'intégration des différents savoir, savoir faire et savoir être.

1.5. Une profession du parcours santé

Au dessus des instances ostéopathiques, les instances médico-légales ont elles aussi nécessité de réglementer l'exercice de la profession. En 2000, le *Livre blanc de l'Ostéopathie* sert de base de travail à la *Commission Nicolas* et donc au travail de reconnaissance de la profession d'ostéopathe par les autorités légales et médicales. Ce livre blanc définit « *Douze propositions pour une profession* » qui présentent en plus de l'aspect légal de la reconnaissance de la profession, les **bases d'un dispositif d'enseignement**¹⁵ :

- « **2. Réglementation officielle par voie de décret de la profession d'ostéopathe DO. Indépendance d'exercice, profession de santé à haut niveau de responsabilité et à compétence spécifique.** La pratique de l'ostéopathie appartient aux ostéopathes DO consultants de premier rang.
- 3. Mise en place d'un enseignement spécifique de l'ostéopathie** dont le caractère universitaire ne peut faire abstraction de la nécessité impérieuse d'un **apprentissage de maître à élève** et qui entérinerait, en équivalence, la compétence acquise par le diplôme d'Ostéopathie (D.O.) existant actuellement.
- 4. Officialisation du diplôme d'ostéopathe** par un Diplôme d'Etat ou Diplôme Universitaire de 3ème cycle.
- 6. Compétence dans la prescription d'imagerie médicale et d'examen de laboratoire.**

¹⁴ « Norme de compétence de l'ostéopathe 2004 » réalisé pour le Conseil national du ROF.

¹⁵ « Le Livre Blanc de l'Ostéopathie » réalisé par Guy Roulier et Michel Fischer, 1999-2000.

8. Création d'un corps d'enseignants recrutés parmi les enseignants des établissements de formation en place. »

L'**aspect indépendant de la formation en ostéopathie** (enseignement et enseignants) est important. Le risque de chercher à mettre en évidence les différences et les similitudes de l'ostéopathe avec les autres acteurs de la santé, c'est de **voir considérer l'Ostéopathie comme une sous partie de la médecine conventionnelle** comme le sous-entend James Jaleous ¹⁶. Même si la description de la pratique ostéopathique implique une comparaison avec d'autres pratiques conventionnelles, il ne faut pas omettre les savoirs et compétences spécifiques et particuliers à l'Ostéopathie car la pratique sera reconnaissable par les instances médicales et légales, certes, mais elle perdra en même temps sa spécificité, ses fondements et donc son intérêt dans le plateau des pratiques médicales.

Avec ses spécificités, son identité propre, sa démarche originale, l'Ostéopathie a sa place au sein du système de santé français. Loin de prétendre tout soigner, elle exerce déjà un partenariat tacite avec bon nombre de spécialistes dans le seul but de soigner leurs patients communs. Et depuis sa reconnaissance, sa place dans le parcours santé est de plus en plus représentée apportant une réelle complémentarité aux médecines conventionnelles. Cette intronisation peut s'appuyer sur un rapport du *Conseil Économique et Social* de 1982 ¹⁷ : « *le médecin doit donc comprendre qu'il sera d'autant plus efficace qu'il travaillera avec une équipe de professionnels, appartenant ou non au monde de la santé. C'est grâce au travail d'équipe qu'il deviendra possible d'aboutir à une véritable promotion de la santé.* »

La reconnaissance complète de la profession d'ostéopathe passe par une entente nécessaire avec les différentes branches de santé. Depuis l'époque où ont été réalisés le *Livre Blanc de l'Ostéopathie* (par Guy Roulier et Michel Fischer en 2000), *Norme de compétence de l'ostéopathe 2004* (réalisé pour le Conseil national du ROF en 2004) et *Ostéopathie Chiropraxie, Rapport Ludes* (réalisé par Bertrand Ludes à la demande du ministre de la Santé et des Solidarités en 2007), les choses ont quelque peu évolué. La reconnaissance de la thérapeutique ostéopathique par le grand public et par les autorités sanitaires est de plus en plus grande. Certes certains groupes de praticiens se méfient de l'émergence de cette alternative à la pratique médicale traditionnelle, mais il est entendu que les voix sont discordantes lorsque que les choses changent et que les habitudes, confortables et arrangeantes, sont condamnées à être modifiées ¹⁸. Par contre, de ce vent d'opposition **émerge la nécessaire rigueur et**

¹⁶ « Accepter la mort de l'ostéopathie : un nouveau départ » de James Jealous traduit par Jean-Hervé Francès, Apostill n°9, automne 2001, p23 à 29.

¹⁷ « Rapport français du Conseil Economique et Social » de 1982.

¹⁸ « La santé au bout des doigts ; Perspectives d'avenir » de Maurice Sainte Rose, éd Robert Laffont, p241-246.

l'indispensable sérieux à mettre en place dans cette façon d'aborder la Médecine en alliant remise en question et acceptation de nouvelles pratiques.

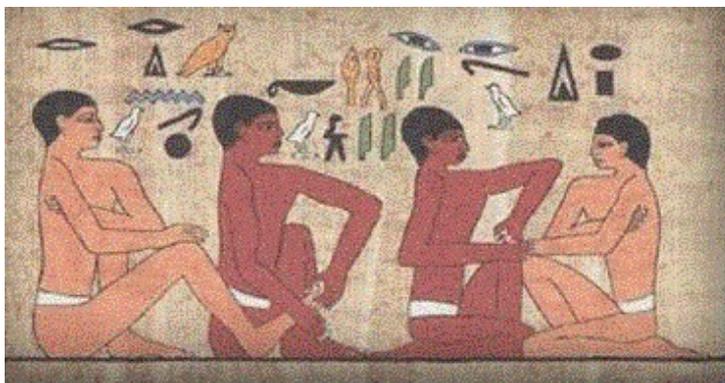
2. Historique de l'enseignement de l'Ostéopathie et de l'Ostéopathie dans le champ crânien

Même si l'Ostéopathie reste très jeune parmi les différentes thérapeutiques manuelles, elle profite de la directe filiation de pratiques ancestrales qui se sont succédées et fournissent de solides bases à son plein épanouissement.

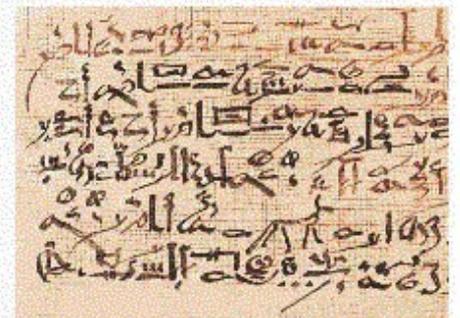
2.1. Histoire de l'Ostéopathie¹⁹

2.1.1. Origines de l'Ostéopathie

La médecine manuelle trouve son origine avec celles de l'homme. En effet, quelques soit la culture, l'ethnie, le continent, on retrouve dans la littérature des différentes époques, des traces de connaissances très complètes. Par exemple *le papyrus d'Edwin Smith* datant de 3500 avant JC qui montre des descriptions de traitements manuels appliqués dans l'Egypte ancienne pour de nombreuses pathologies traumatologiques.



Reproduction d'un bas relief égyptien.



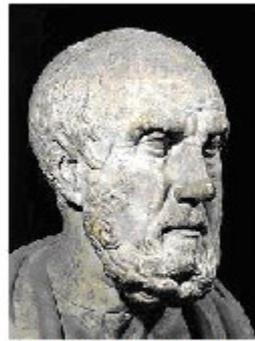
Papyrus d'Edwin Smith (3500 av J-C)

Autre exemple chez les grecquo-romains, Herodikos (Vième siècle avant JC), qui affirme que l'association d'une thérapeutique manuelle, de la phytothérapie et de l'aromathérapie permet de prolonger la vie et d'apporter la santé. Hippocrate (460-370), l'un de ses élèves, écrit dans son *Corpus Hippocraticum*, que l'**axe crâniosacré** défaillant est l'origine de nombreux troubles. Galien en 160 après JC emploie aussi une thérapeutique manuelle.

¹⁹ « Ostéopathie et acupuncture » de Lucien Krumholz et Jean Borsarello, éd Marco Pietteur.



Photo d'un bas relief grecquo-romain



Hippocrate (460-370)



Galien (~129-216)

En Chine, en 2698 avant JC, les techniques manuelles font l'objet d'un des quatre grands domaines de la médecine chinoise et même avant dans le *Kong Fu* et le diagnostic consiste en une **recherche étiologique précise avant l'utilisation de techniques manuelles**.



Shivago Jivaka (2500 av J-C)



Avicienne (980-1037)

En Inde, Shivago Jivaka (2500 avant JC), en Iran, Avicienne (980-1037) développent eux aussi une thérapeutique manuelle.

En Occident en 1215 après JC, le *Concile de Latran* sépare la médecine, science des lettrés, de la chirurgie et de la thérapeutique manuelle, pratiques considérées peu nobles. C'est Ambroise Paré (1510-1590, médecin de guerre) qui renoue avec cette thérapeutique en reprenant les travaux d'Hippocrate. En Espagne, Luis de Mercado (1532-1611) enseigne à l'Université une thérapeutique manuelle qui n'est utilisée par les médecins. A l'époque, le *rebouteux* ou *bailleul* est néanmoins un praticien reconnu et sollicité par les rois comme, par exemple, le bailleul Guillaume Thoreau par le roi François 1^{er}, ou Jean de Bailleul par le roi Henri II. Plus tard Corvisart (1755-1821) use de thérapeutique manuelle avec Napoléon. Le navigateur James Cook (1728-1779) fut lui aussi soulagé par une thérapeutique manuelle appliquée par des indigènes du Pacifique.



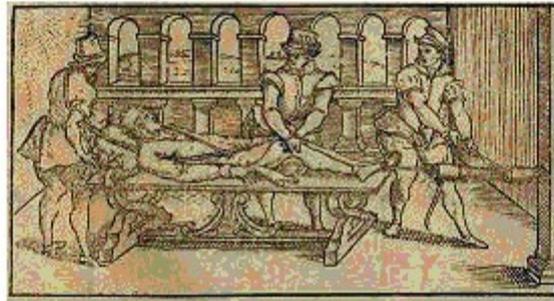
Ambroise Paré (1510-1590)



Jean Nicolas Corvisart
(1755-1821)



James Cook (1728-1779)



Soigner une luxation de genou selon Ambroise Paré
(Oeuvres, Paris 1579, p 558)

En 1675, **l'art des rebouteux** est reconnu par l'Université de Luns en Suède. Thur Brandt (1819-1895, suédois), en 1864, développe une thérapeutique manuelle visant à traiter les affections utérines, il est le précurseur de **l'ostéopathie viscérale**. Sur cette base, Henri Stapfer (1873-1925, suisse) publie un *Traité de Thérapeutique Manuelle* montrant l'intérêt de thérapeutiques manuelles pour la sphère gynécologique.

Dès 1850, les *bone-setter* (« pousseurs d'os ») sont reconnus en Angleterre : Sir Wharton Hood et Louis Bauer (1814–1898) publient des descriptions de méthodes employées. Ce sont les premières publications décrivant le travail des *bone-setter* et elles définissent déjà **l'importance de développer ses connaissances pour effectuer un traitement curatif et préventif**.

Au XIX^{ème} siècle, c'est l'essor des thérapeutiques manuelles en Bretagne avec le développement chez les rebouteux des **concepts d'équilibre global**, d'une **conception holistique de la santé**. Pierre Brioude (1852-1907), rebouteux en Lozère, est traduit en justice pour exercice illégal de la médecine.

2.1.2. Naissance de l'Ostéopathie ²⁰

²⁰ « Diagnostique ostéopathique général » de Alain Croibier, éd Elsevier. Paradigme ostéopathique (p15 à 18).

Les thérapeutiques manuelles sont employées depuis des siècles mais c'est avec **Andrew Taylor Still** (1828-1917) qu'émerge **un concept et une philosophie de l'Ostéopathie**. Le 22 juin 1874, Still, initié par un rebouteux nommé Robert Joy, crée le terme d'Ostéopathie. Il désigne ainsi la formalisation du concept de l'Ostéopathie qui justifie sa pratique **alliant une thérapeutique manuelle et une grande connaissance anatomique**. Il fonde en 1892 avec William Smith l'*American School of Osteopathy* (ASO), qui est l'origine de l'expansion et de la renommée de sa méthode. En 1910, aux Etats-Unis, le *Rapport Flexner* tend à **unifier l'enseignement des ostéopathes avec celui des allopathes**. En 1963, la parité entre les deux diplômes est promulguée, les ostéopathes s'installent par la suite comme médecins de famille. Seuls certains poursuivent une pratique d'**Ostéopathie exclusive**.



Andrew Taylor Still
(1828-1917)



John Martin Littlejohn
(1865-1947)



William Garner Sutherland
(1873-1954)



Daniel David Palmer
(1845-1913)



Georges Goodheart
(1918-2008)



Viola Fryman
(née en 1921)



Janet Graeme Travell
(1901-1997)



Ida Pauline Rolf
(1896-1979)

John Martin Littlejohn (1865-1947), ancien élève de Still, fonde en Angleterre la *British School of Osteopathy* (BSO). De nombreux élèves comme James Henry Cyriax (1904-1985) ou James Beaver Menzel (1880-1957), inspirés par cette pratique, publieront des ouvrages reprenant les techniques ostéopathiques. L'Angleterre est un peu le berceau de l'Ostéopathie Occidentale et c'est le 1er juillet 1993, que l'Ostéopathie y est reconnue officiellement en tant que **profession indépendante et spécifique**.

Daniel David Palmer (1845-1913) développe la chiropraxie dont le concept décrit l'homme comme un machine menée par une force innée parcourant tout le corps par l'intermédiaire du système nerveux, ce qui lui vaut d'être catalogué comme magnétiseur. Il développe une thérapeutique visant à rétablir la distribution de ce flux pour éviter le déclenchement des maladies. En 1897, avec Willard Carver (1866-1943), il crée la première école de chiropraxie où les techniques enseignées traitent autant l'axe crâniosacré que les membres. Bartlett Joshua Palmer (1881-1961) prendra la suite de son père et développera la méthode et l'enseignement de la chiropraxie.

William Garner Sutherland (1873-1954) publie son premier article sur l'ostéopathie crânienne en 1930. Il développe ensuite un modèle conceptuel pour adapter le **concept et la philosophie ostéopathique au champ de l'axe crâniosacré**.

George Goodheart (1918-2008), chiropracteur, développe la kinésiologie, exercice qui consiste à rétablir l'équilibre de la santé sur tous les potentiels du sujet, les plans physique, mental, énergétique et émotionnel.

Ida Pauline Rolf (1896–1979), développe une thérapeutique manuelle, appelé *Rolfing* sur la base d'un système holistique d'éducation douce de la manipulation et de mouvement de tissus. Ce système basé sur l'effet pesanteur, applique des techniques au système myo-fascial du corps.

Viola Frymann (née en 1921) se consacre surtout au développement de l'ostéopathie dans le domaine de la pédiatrie. Mais elle permettra l'intégration de l'ostéopathie du champ crânien au programme de l'enseignement de l'ostéopathie en Californie en 1970.

Janet Graeme Travell (1901-1997) étudie le traitement des douleurs myo-fasciales, et a développé les techniques dites des *points gâchette*.

Rollin E. Becker (1910-1996) explique les techniques fasciales, développe le *diagnostic touch*, et ne cesse durant toute sa vie de rechercher le *fulcrum*.

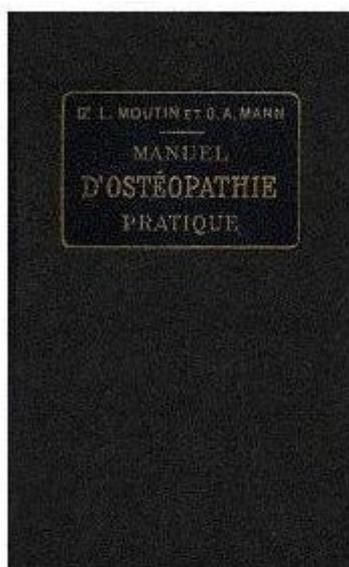
D'autres encore ont contribué à l'épanouissement de la thérapeutique ostéopathique. Ils sont nombreux à perpétuer l'esprit d'aventure, d'innovation de Still. Les modèles ostéopathiques sont voués à évoluer et certains donnent naissance à de nouvelles approches de la thérapeutique. Cette grande disparité est souvent liée au disciple qui transmet en apportant, à son niveau, une nouvelle pierre à l'édifice.

2.1.3. L'Ostéopathie occidentale, l'Ostéopathie en France

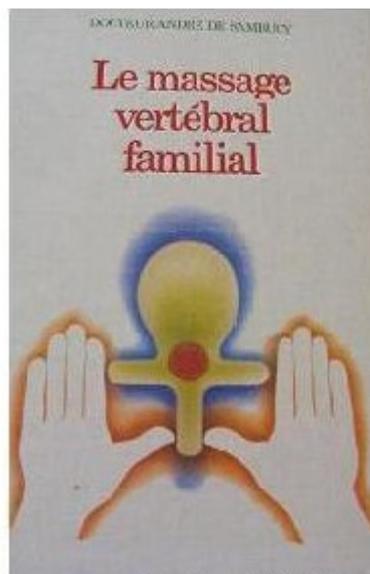
L'Ostéopathie occidentale dans les années 50, hérite de l'esprit pragmatique et mécaniste de médecins allopathes comme Lucien Moutin, Mann, Paul Geny, Jean Baptiste Menel, James Cyriax, Robert Lavezzarri, Eric de Winter, Robert Maigne, André De Sambucy,

En 1913 Victor Lucien Moutin (1854- ?) et Mann publient un *Manuel d'ostéopathie pratique* qui posent les **bases d'un enseignement en ostéopathie**.

En 1950, Paul Géný fonde l'*École Française d'Ostéopathie*. Elle est expatriée en Angleterre et devient la BNCO en 1965.



Manuel d'ostéopathie pratique, 1913



Le massage vertébral familial (1972)
écrit par le Docteur André De Sambucy.



Victor Lucien Moutin
(1854- ?)



Robert Maigne



Christian Trédaniel

En 1957, Paul Geny crée l'*École française d'ostéopathie* à Paris, où les thérapeutes, issus du cursus de kinésithérapie, s'engagent à travailler sous contrôle médical. Paul Geny, avec Ange Castejon, Tom Dummer et John Werhmann (anciens enseignants du BCNO de Londres), établissent une *École européenne d'ostéopathie* (EEO) en Angleterre. Celle-ci sera **le vivier des futurs ostéopathes non-médecins de France**.

En 1960, sur la base des travaux et des techniques de Still, de Sutherland, de Thur Brandt et de Henri Stapfer, sous l'influence et avec Paul Geny et Guy Steiner, c'est la naissance de la *Médecine ostéopathique*.

En 1962, Robert Maigne constitue un enseignement ostéopathique universitaire basé sur une schématisation de la sémiologie ostéopathique et sa transcription dans un langage plus universitaire en utilisant des tableaux cliniques caractéristiques. Il tente de se séparer du courant de l'Ostéopathie et crée la *Médecine orthopédique* ainsi qu'une école de manipulations strictement ostéo-articulaires. Les hôpitaux ouvrent leur porte à la pratique de ces manipulations à ce moment-là .

En 1962, Eric de Winter crée le groupe de recherche des thérapeutiques manuelles. En approfondissant les bases scientifiques et anatomiques de la thérapeutique manuelle, il établit la théorie d'action réflexe, proprioceptive. Il développe également les protocoles de mise en place de différentes techniques.

En 1963, Christian Trédaniel, en mêlant techniques de rebouteux et connaissances des sciences modernes (anatomie et physiologie), fonde un modèle basé sur la dys-harmonisation d'un potentiel vital originel. Ce sont les prémices de l'émergence de l'Étiopathie.

Suite à l'engouement médiatique et populaire des années 70, et aux dérives dues au manque d'encadrement légal de la profession, l'ostéopathie Suisse se démarque en devenant, aussi en 1973, l'Étiopathie. La différenciation de certains ostéopathes exclusifs et des étiopathes, avec l'Ostéopathie originelle tient aussi à la **remise en question des notions édictées par Andrew Taylor Still** : l'unité du corps, la structure gouverne la fonction et la suprématie de l'artère. De même l'*ostéopathie occidentale* reprend systématiquement la thérapeutique manuelle **en la confrontant à toutes les sciences fondamentales**.

En 1981, Guy Piganiol fédère les différents courants issus des enseignements de Maigne et de De Winter pour unifier les thérapeutes manuels et rendre leur pratique plus lisible, bien que chacun ait ses particularités techniques et sémantiques. Il crée la *Fédération française des enseignements de médecine manuelle* (FEMM) en 1985, elle devient francophone un peu plus tard (FEMMO, *Fédération francophone de médecine manuelle - ostéopathie*). Tous les 18 mois, se réunit un congrès afin d'uniformiser l'enseignement. 1981, c'est aussi l'année de **création du Registre des Ostéopathes de France (ROF)** et de la *Fédération des Ostéopathes de France* (FOF).

En 1988, c'est la création de la **Collégiale Académique, groupement des établissements de formation ostéopathique de France**.

En 1997 se crée l'*Académie d'Ostéopathie de France* et le 29 mai de la même année, le Parlement Européen adopte la *Résolution Paul Lannoye* sur les **médecines non conventionnelles** dont fait partie l'Ostéopathie.

Le 26 septembre 1998, c'est la création du *Conseil National Représentatif des Ostéopathes de France* regroupant en son sein des représentants de l'*Académie d'Ostéopathie de France*, de l'AFDO, de la *Collégiale Académique*, du ROF, de l'UFOF. C'est une autorité nationale qui a pour mission d'examiner et de se prononcer sur tout ce qui touche à la profession d'ostéopathe : **formation, académisme, enseignement**, éthique et déontologie, rapports socioprofessionnels. Un règlement intérieur organise son fonctionnement. En 1998, devant la multiplication de l'enseignement médical de la médecine manuelle en université, le conseil de l'ordre valide un DIU national, diplôme interuniversitaire de médecine manuelle - ostéopathie en 2 ans, ouvert aux docteurs en médecine.



Logo UFOF.



Logo AOF.



Logo CNO.



Logo SFDO.



Campagne de publicité du ROF.
"L'ostéopathie est une spécialité, restons entre 2 bonnes mains."

L'**Ostéopathie exclusive**, née dans les années 70, est une recherche fondamentale visant à établir une relation de causalité entre les phénomènes pathologiques présentés par les systèmes biologiques, et la structure de ces systèmes. Ils sont considérés comme **des systèmes de systèmes en interaction avec leur milieu extérieur**²¹. Ce mode de raisonnement systémique aborde le patient dans sa globalité, comme un **système d'ensembles et de sous-ensembles en étroite relation**²². La thérapeutique manuelle qui en découle vise la stabilité relative des systèmes biologiques (homéostasie) en agissant soit sur leurs déséquilibres structuraux acquis,

²¹ « L'Ostéopathie, exactement » de Lionelle Issartel et Marielle Issartel, éd Robert Laffont, 1983, p 33.

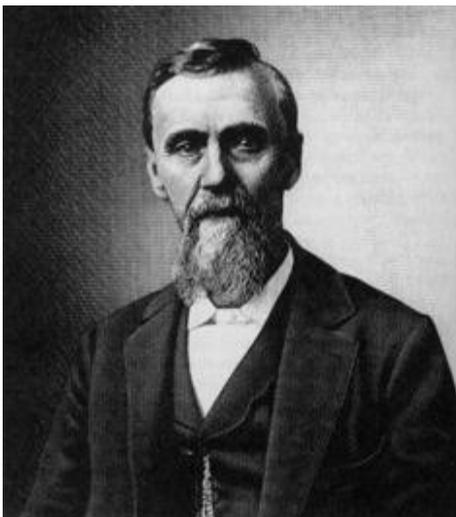
²² « L'Ostéopathie, exactement » de Lionelle Issartel et Marielle Issartel, éd Robert Laffont, 1983, p 44.

soit sur leurs variables d'entrée inadaptées au maintien de leur stabilité. C'est l'**alliance d'actes manuels purs à un mode de raisonnement logique et éprouvé qui induit une efficacité constante et durable**. Pour déterminer l'agent causal, l'Ostéopathie utilise tout d'abord les **Sciences fondamentales et les récentes découvertes en Biologie**. Une gestuelle précise avec une causalité mal définie entraînerait un échec du traitement. L'Ostéopathie exclusive, c'est le **geste appliqué avec discernement** mais cela les premiers théoriciens de l'Ostéopathie le prônaient déjà.

2.2. L'Ostéopathie dans le champ crânien : origines et enseignement ²³

2.2.1. Andrew Taylor Still (1828-1917) : l'importance de l'anatomie

Andrew Taylor Still n'a rien inventé, il se dit avant tout observateur de la Nature et de ses lois. A travers son observation empirique des choses, son approche autodidacte de la vie, il établit que chacun a en soi les moyens de lutter contre la maladie. Il apprend la Médecine en accompagnant son père médecin et pasteur. De cet enseignement religieux et malgré la mort de trois de ces enfants en 1864 suite à une méningite, il continue à avoir la foi en son Dieu et établit que la maladie est toujours éconduite dans les corps d'individus aux fonctions normales. De son enseignement médical et à travers de longues **études de l'anatomie humaine**, il établit la perfection de la machinerie humaine et de ses structures qui sont capables de s'auto-guérir si elles sont bien agencées.



Andrew Taylor Still (1828-1917)



²³ « Médecine ostéopathique : le crâne ; Préface de Didier Feltesse » de Jean-Marie Guillot et Jan-Paul Guionnet, éd Maloine, p9-10.

Sa pratique thérapeutique, cet art thérapeutique manuel, il l'appelle Ostéopathie. Andrew Taylor Still n'est pas inventeur, il a eu la patience et l'intelligence de mettre en évidence et de formuler les principes, les concepts, la philosophie d'une thérapeutique holistique.

En 1874, il énonce les **bases conceptuelles et philosophiques de sa pratique thérapeutique**, ce sont :

- La structure gouverne la fonction,
- La règle de l'artère est reine,
- Le mouvement c'est la vie,
- Le corps est capable d'autorégulation.

En 1892, il crée l'*American School of Osteopathy* à Kirksville, afin de **transmettre ses connaissances médicales et la pensée philosophique de l'Ostéopathie**. Son école est ouverte à tous alors qu'à l'époque le savoir n'était l'apanage que d'une élite blanche et masculine. L'établissement est moderne et **l'enseignement est déjà sujet de divergences au sein de l'équipe pédagogique**.

Que ce soit le recrutement des enseignants ou celui des étudiants, que ce soit sur le contenu de l'enseignement, la révolution stillienne entraîne mécontents et détracteurs qui tendent à enrayer l'émergence de la pratique ostéopathique.



**Première promotion de l'American School of Osteopathy.
(Kirksville, 1892-1893)**

La première promotion est pour Andrew Taylor Still un échec, elle est issue d'un enseignement s'étendant sur un an et demi et d'un programme contenant pour seules disciplines l'anatomie (chère à Andrew Taylor Still) et la pratique. Mais de cette échec, **comme pour tout apprentissage**, l'équipe pédagogique améliore l'enseignement par divers changements

notamment l'ajout de disciplines comme la physiopathologie, la physiologie, la chimie. La physiopathologie pour Andrew Taylor Still doit être étudiée dans le cadre du mouvement de l'être vivant et non dans celui, traditionnel, de l'étude de matériel post mortem. De la même manière, il veut que la chimie à travers la pharmacologie, soit étudiée d'abord pour inscrire l'ostéopathe dans les professions de santé et non pas dans un but prescriptif. La chimie à travers la biochimie est un moyen de comprendre la physiologie du corps humain. Andrew Taylor Still n'apporte pas la rigueur à l'étude de la physiologie, il se base sur sa conception physique du corps qui comprend bien l'importance des systèmes sanguins, nerveux, digestifs, ... mais n'aborde ces sujets que de façon empirique. Ceci profitera à John Martin Littlejohn et à son approche résolument plus scientifique de la physiologie.

Andrew Taylor Still est un grand orateur, motivant et galvanisant ses étudiants à se dépasser, à **rechercher toujours le fond des choses, à faire le lien entre le cours dispensé et des faits scientifiques établis**. Andrew Taylor Still veut développer une nouvelle approche médicale du patient, il instaure l'importance de l'anatomie pour dépasser la médecine symptomatique et aller vers une médecine holistique où le praticien, avec méthode et rigueur, pousse son investigation sur tous les niveaux du corps humain. Il est présent en cours pour s'assurer de l'enseignement dispensé à ses élèves, et donc de leur capacité à établir un diagnostic complet et un traitement adapté au patient.

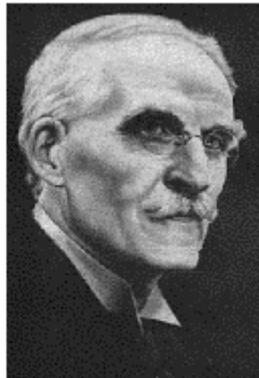
Dans l'étude de cas cliniques, Andrew Taylor Still présente d'abord la pathologie, ses causes anatomiques et physiologiques. Son discours clair et simple parle aux étudiants qui **intègrent les informations et se posent des questions judicieuses**. Le travail s'organise aussi **en groupe** pour répondre à certaines questions, pour rechercher des faits scientifiques et compiler ensuite ces informations en une connaissance individuelle.

Plus que **la connaissance** et plus que la **perception palpatoire**, Andrew Taylor Still veut que les futurs ostéopathes développent **leur personnalité** en fonction de la philosophie et du concept ostéopathique. Cette confiance en soi et cette capacité de raisonnement seront indispensables au futur ostéopathe. Parallèlement aux cours dispensés, Andrew Taylor Still continue ses recherches en anatomie et en biomécanique, car, pour lui, il reste important de continuer de se poser des questions et d'y répondre le plus précisément, et avec le plus d'arguments possibles.

2.2.2. John Martin Littlejohn (1865-1947) : l'Ostéopathie rationnelle

John Martin Littlejohn est un pluridisciplinaire, il étudie d'abord le droit, les lettres, la théologie, puis se tourne vers l'anatomie et la physiologie, avant de devenir pasteur. Par un hasard du sort, il rejoint l'Amérique du Nord où, pour des problèmes de santé, il part à Kirksville, en 1897, pour se faire soigner. Suite à ce contact avec la thérapie manuelle d'Andrew Taylor Still, John Martin Littlejohn décide de s'inscrire l'année suivante à l'*American School of Osteopathy* (ASO). L'enseignement de l'ASO comprend déjà **l'importance de la physiopathologie et de la chimie**, mais John Martin Littlejohn fait comprendre à Andrew Taylor Still l'intérêt de développer cet enseignement au-delà de simples considérations générales. Andrew Taylor Still est au début plutôt récalcitrant à ce type d'enseignement, mais il prend conscience de l'importance de connaître le fonctionnement intime du corps humain et désigne John Martin Littlejohn à la tête du pôle pédagogique de la discipline.

John Martin Littlejohn développe alors une **physiologie plus rigoureuse, qui reprend des faits médicaux établis**. Quand Andrew Taylor Still enseigne une physiologie fluidique, John Martin Littlejohn enseigne une physiologie plus axée sur le système nerveux, notamment neurovégétatif. Son approche médicale s'étend ensuite à tout l'enseignement de l'ASO et il est nommé doyen en 1898.



John Martin Littlejohn (1865-1947)

Andrew Taylor Still et John Martin Littlejohn ayant une approche différente de l'enseignement, John Martin Littlejohn finit par quitter l'ASO pour s'établir finalement à Londres où il crée la *British School of Osteopathy* (BSO). Il continuera dans la veine d'Andrew Taylor Still des recherches en parallèle de sa pratique d'ostéopathe et d'enseignant, dans la physiologie et la biomécanique (vertébrale), il développera le concept du viscéral/somatique. John Martin Littlejohn aura été à la base de la **rationalisation de la pratique ostéopathique** et au développement de l'Ostéopathie en Europe.

2.2.3. William Garner Sutherland (1873-1954) : le concept crânien

William Garner Sutherland est journaliste à l'*Austin Daily Herald* quand il rencontre l'Ostéopathie. Il s'inscrit à l'ASO où il suit une formation se déroulant alors sur deux ans. Il sort diplômé de l'ASO en 1900, mais dès 1899, l'idée germe en lui que le concept de globalité intègre la nécessaire **prise en compte de la tête avec le reste du corps**. Et il a déjà l'intuition que les surfaces articulaires des os du crâne, biseautées, se prêtent à la mobilité d'un mécanisme respiratoire.

« L'idée germa en contemplant les os désarticulés d'un crâne exposé dans le Hall nord du bâtiment de l'A. T. Still Infirmary. Les surfaces articulaires de ces os me semblèrent par leur contour destinées pour une mobilité articulaire... » (William Garner Sutherland)

Cette idée est à l'époque mal venue car l'enseignement établit que les os du crâne, à part la mandibule, sont soudés. Alors pour s'assurer que ce qui lui avait été enseigné sur la base des connaissances médicales de l'époque est véridique, il décide après ses études et avec son diplôme de l'ASO en poche, de prouver que sa théorie de mobilité crânienne est fausse. Il commence par étudier ces articulations du crâne. Son approche est minutieuse et précise, il s'agit de décrire les sutures et les os, leur surface, leur forme et leur biomécanique. Mais son étude n'est pas concluante, il ne parvient pas à prouver l'immobilité des os du crâne, et il fait émerger **un modèle biomécanique avec des axes de mobilité et des points d'appui**. Il découvre l'existence d'un mouvement physiologique qui prend son origine dans le cerveau et se retrouve jusque dans les extrémités les plus distales du corps humain, c'est le **MRP (Mécanisme Respiratoire Primaire)**²⁴ (voir *Lexique* et chapitre 3).



**William Garner Sutherland
(1873-1954)**



²⁴ « L'Ostéopathie : deux mains pour vous guérir » de Guy Roulier, éd Dangles, 1987.

Il poursuit ensuite ses recherches en secret, voulant toujours aller plus loin dans la vérification de ses théories. Il effectue alors des *auto-expériences* qui ont fait la légende de Sutherland (compression de longue durée de sa boîte crânienne), il observe les résultats d'auto-traitement suite à traumatisme. Ces observations associées à l'étude anatomique préalablement effectuée le fortifient dans ses théories et il commence à traiter sans risque des patients. Sa perception palpatoire se précise, le **développement de son modèle anatomique s'enrichit de données** sur les membranes intracrâniennes et sur la circulation du Liquide Céphalo-rachidien (LCR).

En 1929, William Garner Sutherland décide qu'il est temps de partager sa découverte, il profite de la réunion du district du Minnesota pour **présenter le concept crânien**, l'anatomie détaillée de tous les os du crâne, qu'il a mis vingt ans à mettre au point. Il expose ses théories sur la mobilité de la zone basilaire, sur les sutures accommodatrices de la voûte, sur la mobilité des os faciaux. Mais personne ne prête alors attention à son exposé.

En 1931, pour tenter de mieux **faire prendre conscience des incidences de ses théories**, il écrit un premier article *Skull motions* (mouvements crâniens) pour le *Journal of Osteopathy*. Celui-ci, refusé, est finalement publié dans le *Northeast Bulletin* puis suivi d'une série d'autres dont le *Cranial membranous strains* dans le *Western Osteopathic*.

En 1932, peu à peu, l'intérêt apparaît et il lui est finalement demandé de venir exposer ces nouvelles théories à la convention nationale de l' *American Osteopathic Association* (AOA).

En 1936, William Garner Sutherland effectue deux jours par semaine, un travail de rééducation oculaire et langagière pour enfant. Cette période lui permet d'établir le **champ d'application du traitement de la sphère crânienne** et d'observer l'efficacité de tels traitements ostéopathiques.

En 1937, son **modèle anatomique s'étend à tout l'axe crâniosacré**. William Garner Sutherland développe le *core-link* (lien central) et démontre la pertinence du **traitement de l'axe crânio-sacro-facial pour l'appréhension globale** du patient par l'ostéopathe.

En 1939, après 39 ans de pratique ostéopathique, et 10 ans après sa première conférence non remarquée, il publie son premier livre, *The Cranial Bowl* (la Boule Crânienne) qu'il veut être une **transmission de ses connaissances** en Ostéopathie du champ crânien à l'intention des jeunes professionnels ostéopathes.

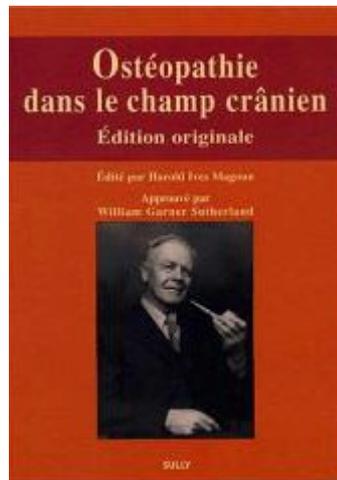
En 1940, il donne des cours au *Polyclinic and Post-graduate College* de Denver, ce qui signifie la **reconnaissance médicale de ses travaux**.

En 1942, la demande croissante pour l'apprentissage du concept crânien entraîne la création d'une faculté d'enseignement dédiée à la discipline. La première promotion issue du cursus formera le noyau des **enseignants du concept crânien** (Lippincott, Wales, ...). William Garner Sutherland est aussi invité à venir présenter un **cours d'ostéopathie crânienne** en séminaire post-graduate, au *Collège d'Ostéopathie et de Chirurgie (COC)* de Des Moines. La même année, lors d'une convention nationale de l'AOA, des responsables de la pédagogie lui demandent des précisions sur ses théories. S'en suit la création d'une commission de travail (Howard et Rebecca Lippincott) visant à constituer un *Manuel des techniques crâniennes*.

En 1944, William Garner Sutherland établit de **nouvelles théories sur la dure-mère ou membranes de tension réciproque**, sur les techniques à *still-point* (équilibration des membranes). Ces cours au COC se poursuivent sous la forme de deux semaines de séminaire post-graduate, consacrés à l'étude de l'anatomie, à la physiologie et au concept crâniens. William Garner Sutherland publie un fascicule pour les étudiants qu'il appelle *Une aide pour une étude continue*. **Ses cours de crânien s'étalent alors sur cinq ans, une journée par mois, dix fois par an (soit approximativement 400 heures d'enseignement au minimum dédiées à cette seule matière).** William Garner Sutherland est un enseignant dévoué qui laisse du temps à l'étudiant. En effet, le concept crânien, assez compliqué, impose pour William Garner Sutherland que l'enseignant attende que les étudiants soient prêts à comprendre et à ressentir le phénomène pour le leurs présenter.

En 1946, Raleigh fonde l'*Osteopathic Cranial Association* qui deviendra en 1960 la *Cranial Academy*.

En 1948, William Garner Sutherland oriente son **enseignement plus sur la biodynamique que sur la biomécanique**. Il établit que le MRP (Mécanisme Respiratoire primaire) n'est pas exclusivement initié par le système nerveux central. Il pense alors que c'est un ensemble de différents mouvements initié par le souffle de vie et transmis à toutes les structures corporelles.



**Osteopathy in the cranial field
(version francophone)**



Harold Magoun

En 1951, Harold Magoun publie l'ouvrage qui fait référence en matière d'Ostéopathie Crânienne, c'est *Osteopathy in the Cranial Field*.

En 1953, c'est l'année de la création de la *Sutherland Cranial Teaching Fondation* qui se propose de poursuivre le **développement du concept crânien à travers des recherches scientifiques**, notamment sur le MRP (IRC).

William Garner Sutherland en tant qu'enseignant insistait beaucoup sur l'importance de **l'apprentissage de l'Ostéopathie dans le champ crânien associant la théorie avec la pratique**. Pour lui, cette application de la théorie est nécessaire puisqu'apprendre l'ostéopathie appliquée à la sphère crânienne c'est aussi développer la perception sensorielle des mains. Les étudiants travaillent alors en **groupe de quatre, supervisé par un assistant**. Chaque séance de travail aborde une nouvelle notion ou une nouvelle technique. Son enseignement passe par un **questionnement des étudiants** afin d'observer leur compréhension des différentes notions abordées. Sutherland ne demande pas du *par cœur*, il souhaite que comme lui en son temps, l'étudiant s'interroge sur ce qu'on lui enseigne et **transcende les informations pour progresser seul vers la connaissance**. L'emploi des mots utilisés pour décrire le concept crânien est précis, même si Sutherland utilise dans son exposé des analogies et une sémantique qui caractérise notamment le mouvement des os temporaux par une analogie à la respiration des branchies du poisson. Ces analogies et ces comparaisons permettent à chacun de trouver un moyen de visualiser les différents phénomènes et éléments internes du système crânio-sacro-facial, et ainsi d'avoir une meilleure compréhension du fonctionnement du crâne. Pour William Garner Sutherland il est important d'avoir une image mentale des différentes pièces et articulations osseuses, pour pouvoir comprendre ensuite les organisations et les liens qui les unissent.

Ses élèves seront Thomas Schooley, Viola Frymann, Rollin Becker, Robert C. Fulford, Ils ont suivi cet enseignement et ainsi obtenu une grande sensibilité sensorielle et une grande compréhension des phénomènes physiologiques et oscillatoires de l'axe crâniosacré. Sutherland dans un séminaire d'ostéopathie crânienne à Des Moines dira : « *Eloignez-vous le plus possible de votre toucher physique, et vous obtiendrez le toucher connaissant avec des doigts qui voient, qui pensent, qui sentent et qui connaissent ...* ». William Garner Sutherland affaibli par la maladie continuera néanmoins à enseigner, il est très important pour lui de transmettre ce qu'il sait et de **s'assurer que l'Ostéopathie crânienne ne subira pas l'institutionnalisation et ses travers comme l'a subie l'Ostéopathie aux Etats-Unis**. Harold Magoun qui lui promet de répandre le concept crânien en Europe, vierge de tout préjugé, tente, dans les années 50-60, d'intéresser les Anglais mais il fait face au dogme de la vertébrothérapie qui s'oppose à une éventuelle remise en question. Magoun et Brooks se tournent alors vers le vieux continent et la France pour tenter de ne pas se laisser se perdre la flamme.

2.2.4. Magoun, Brooks, Schooley, Fryman : développement de l'Ostéopathie dans le champ crânien en France

C'est donc autour de Denis Brooks que se réunirent à partir de 1962 des ostéopathes pour des séminaires post-graduate à l'origine dédiés à l'ostéopathie vertébrale, mais qui permirent à Brooks d'**importer le concept crânien**.



1984 : Les ostéopathes crâniens américains viennent en France transmettre le concept crânien. Au premier rang, de gauche à droite : Thomas Shooley, Viola Fryman, Harold Magoun.

En 1964, c'est **un vrai cours d'ostéopathie dans le champ crânien** qui est réalisé avec comme enseignants Harold Magoun, Viola Frymann et Thomas Schooley, qui sont des élèves directs de Sutherland. Le concept crânien est alors présenté sur la base de l'enseignement de Sutherland sur un plan biomécanique du MRP. Les étudiants de cette première promotion sont médecins ou kinésithérapeutes (René Quéguiner, Francis Peyralade, Bernard Barillon). Pour évaluer les trois futurs ostéopathes, Harold Magoun leur demande d'identifier une pièce osseuse du crâne en gardant les yeux bandés. L'enseignement est alors dispensé **pendant 4 ans** et c'est aux premiers ostéopathes crâniens issus de cette formation qu'échoit le rôle important de **diffuser l'enseignement de l'ostéopathie crânienne en France**. C'est de ce noyau d'enseignant que découle la grande diversité dans les approches ostéopathiques en France. En effet l'Ostéopathie n'y est pas strictement cantonnée à l'ensemble viscéro-vertébrale de l'Angleterre de l'époque, et c'est ce qui permet aux ostéopathes français d'employer **le terme globalité de l'individu à sa plus grande signification actuelle** (laissant l'avenir et ses recherches scientifiques pérenniser les domaines énergétiques ou autres ²⁵).

En 1969, c'est la création de l'*Association d'Enseignement et de Recherche* (AER) par les premiers disciples français de William Garner Sutherland (René Quéguiner, Francis Peyralade,

²⁵ « L'homme , le crâne, les dents ; L'homme debout » de Michel Clauzade et Bernard Darailans, éd SEOO, p51-77.

Bernard Barillon, Lamontellerie) pour transmettre cet enseignement d'une Ostéopathie globale qui prend en compte l'axe crâniosacré. Les **cours sont dispensés par un professeur et deux assistants, chaque étudiant doit pratiquer sur l'enseignant** lui-même durant la séance et l'enseignant peut ainsi observer et guider l'étudiant dans le processus d'apprentissage tant sur le plan sensoriel que théorique. Cette même année voit aussi la création d'une autre structure de formation la *Manual Therapy Association* (MTA) fondé par Robert Bénichou et Marc Bozetto.

En 1979, l'IWGS (*Institut William Garner Sutherland*) est créée par Régis Godefroy (ATM, *Association de Thérapie Manuelle*), Jean Josse (ATM), Jean-Claude Lebertre (CFO, *Collège Français d'Ostéopathie*), André Brunel (CNO, *Collège National d'Ostéopathie*) et Yves Lignon (CNO). Le programme d'études, toutes disciplines confondues, **s'étend sur 5 ans, 4 fois 6 jours par an (1100 heures)**. La théorie et la pratique sont réparties dans les cours de manière équitable. L'IWGS aura formé 600 ostéopathes (400 français et 200 belges).

Dans les années 80 et malgré les procès intentés aux enseignants et aux praticiens ostéopathes, la pratique se développe, et aujourd'hui encore de nombreuses écoles voient encore le jour et de nombreux ouvrages sont publiés dans différents domaines dont celui de l'ostéopathie crânienne avec des auteurs comme Léopold Busquet, Alain Berton, Claude-Annick Jermini-Tharin, Michel Clauzade, Bernard Daraillans, Alain Géhin, Marie-Odile Fessenmeyer, Jean-Pierre Barral, Alain Croibier, Rémi Wogue, Bernard Gabarel, Bernard Barillon, Alfonso Gomez de Fransisco, Jean-Marie Guillot, Jean-Paul Guionnet, John Upledger, ...²⁶. Ils sont nombreux et évoquent de nombreuses techniques et principes dans leur ouvrages respectifs. Au travers de la présentation de méthodes de traitement et de principes de techniques, les auteurs présentent ainsi des protocoles et méthodes, un peu comme des manuels scolaires, qui sont des manières de découvrir de nouvelles techniques et de se rappeler celles qui ont été abordées en formation. Ces guides nécessitent néanmoins l'**orientation d'un précepteur dans le processus d'apprentissage, pour appréhender en même temps que les techniques, les principes et les concepts du champ crânien**. Sans l'apprentissage du concept, le raisonnement est malhabile, et un praticien qui ne fait qu'appliquer des techniques, ce n'est pas le genre d'ostéopathes dont devaient rêver Andrew Taylor Still et William Garner Sutherland.

3. **Ostéopathie dans le champ crânien : Théorie et Pratique**

²⁶ « Médecine ostéopathique : le crâne » de Jean-Marie Guillot et Jan-Paul Guionnet, éd Maloine. Préface de Didier Feltesse (p9-10).

3.1. Concept et modèles ²⁷

« *Je n'ai fait qu'entrouvrir le rideau pour une autre vision* » ²⁸ (William Garner Sutherland)

En 1899, William Garner Sutherland présente donc quelque chose à l'observation d'un crâne éclaté. En 1929, il présente un modèle déjà contesté malgré le sérieux de ses études et la publication de ses travaux. En 1939 avec ses théories sur les MTR (membranes de tension réciproque) et les techniques qui en découlent, puis en 1944 avec son approche plus biodynamique que biomécanique du modèle crânien, William Garner Sutherland montre bien **l'évolutivité de son modèle crânien**, et **l'importance de la recherche en ostéopathie dans le champ crânien** ou en Ostéopathie en général. Andrew Taylor Still prônait la **remise en question des modèles par l'évolution des connaissances scientifiques**. En fait, William Garner Sutherland comme Andrew Taylor Still, observateur de la Nature, identifiait un événement et, pour se l'approprier, le décortiquait pour en comprendre l'essence et les applications.

L'axe crânio-sacro-facial ²⁹ est une unité du corps humain qui peut être décrite autour de cinq éléments anatomiques et fonctionnels qui lient et solidarisent l'ensemble crâne pour lui-même, et celui-ci avec le sacrum. Ils sont la base des principes du modèle crânien de Sutherland.

Les cinq éléments sont organisés en une triade motrice :

- Motilité inhérente automatique du SNC,
- Fluctuation du LCR,
- Fonction de tensions réciproques des membranes crâniennes et rachidiennes,

et la conséquence de cette triade :

- Mobilité (suturale) des os du crâne entre eux,
- Mobilité articulaire du sacrum entre les os iliaques.

Ce sont les histologistes par leur travaux qui ont permis d'asseoir la théorie selon laquelle les os du crâne bougent et les sutures qui les unissent sont de véritables articulations jusqu'à très tard dans la vie de l'individu. L'ossification des articulations du crâne, ou plutôt leur fibrose, étant le résultat de la perte d'élasticité et donc de mobilité liée à la vieillesse. L'anatomie de la boîte crânienne et du massif facial a permis de comprendre l'organisation des pièces osseuses, mais aussi des membranes qui les unissent. Celles-ci forment des cloisons pour les différentes structures du SNC, du système artério-veineux et lymphatique ³⁰.

²⁷ « Points gâchettes et chaînes fonctionnelles musculaires ; Modèle crâniosacré de William Garner Sutherland » de Philipp Richter et Éric Hebgén, éd Maloine., p48-61.

²⁸ « La santé au bout des doigts ; L'ostéopathie crânio-sacrée » de Maurice Sainte-Rose, éd Robert Laffont, p 125.

²⁹ « L'os , un élément diagnostique ; Notion crâniosacré et de crâniosacré facial » de Marie-Odile Fessenmeyer, éd Sully, p105-107.

³⁰ « Manipulations des nerfs crâniens ; Introduction » de Jean-Pierre Barral et Alain Croibier, éd Elsevier., p1.

Le MRP (Mécanisme Respiratoire Primaire) décrit par William Garner Sutherland est un concept ³¹. Par définition, il ne produit ni ne génère rien et n'existe pas en propre. Ce que l'on sent, ce que l'on teste en Ostéopathie, c'est l'Impulsion Rythmique ³². Cette impulsion rythmique n'est pas propre à la sphère crânienne, elle est résultante de la somme des différents biorythmes générés par le corps humain, et notamment celui de la fluctuation du LCR au niveau crâniosacré. Pour Harold Magoun, disciple de William Garner Sutherland, le MRP associe deux phénomènes physiologiques : le mouvement des sutures et l'impulsion rythmique induite par la contraction des astrocytes au niveau cérébral.

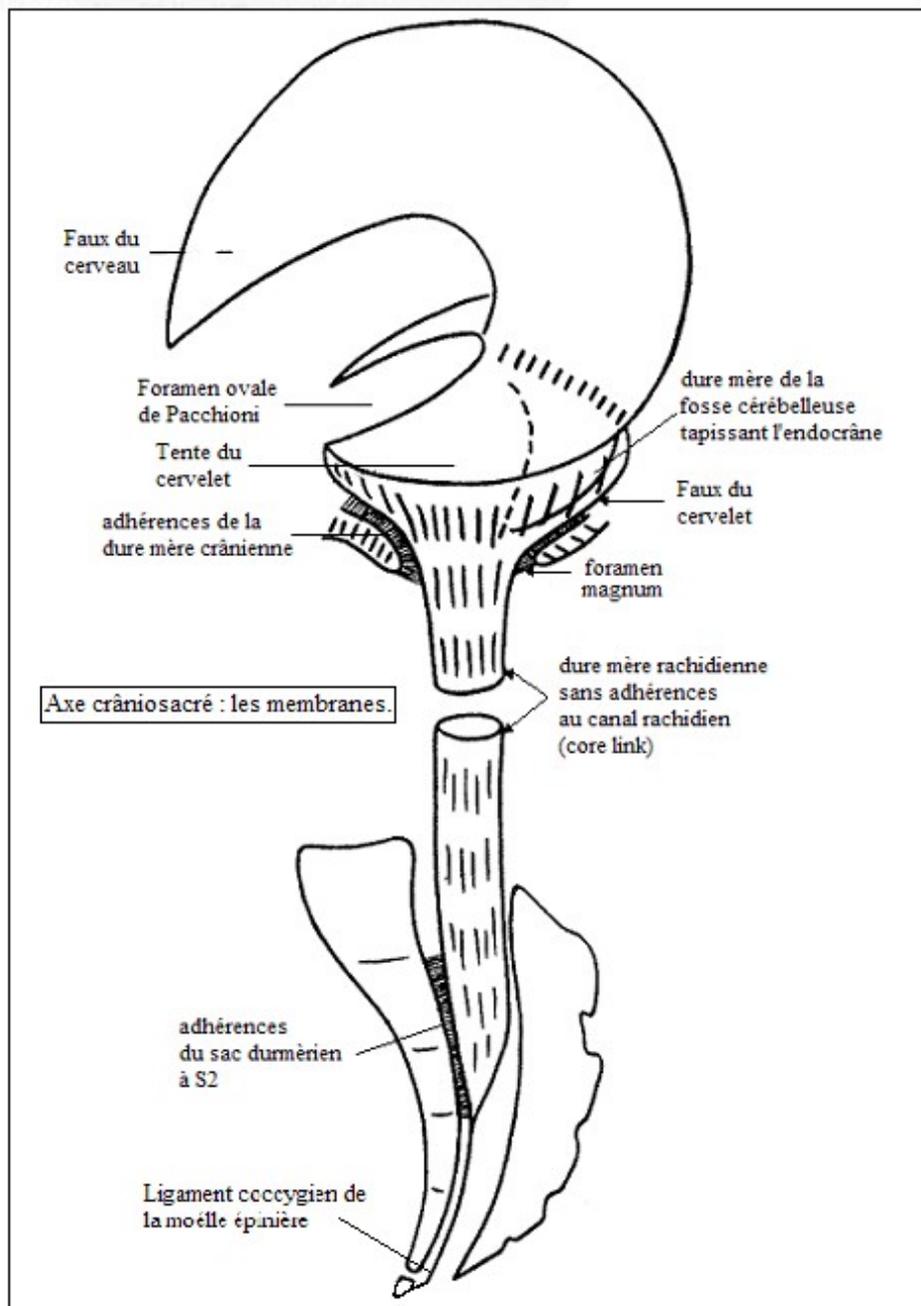
A l'heure actuelle le modèle de Harold Magoun tend à être amélioré par la prise en compte de différentes impulsions dont les origines sont, entre autre, cellulaire, respiratoire, cardio-vasculaire, lymphatique ou encore induites par la mécanique des fluides.

Il n'existe aucune spécificité dans le champ crânien quant à la source de l'Impulsion Rythmique (IR), néanmoins, le MRP de l'axe crâniosacré intervient dans la dynamique métabolique et donc dans le processus homéostatique. Le MRP comme concept est la prise en compte de différents biorythmes et des différentes structures anatomo-physiologiques en général et surtout celles de l'axe crâniosacré. C'est dans les rapports inter et intra-structures sur un plan dynamique qui permet la genèse du concept désigné comme Mécanisme respiratoire Primaire (MRP).

Le LCR est un liquide à la fois protecteur, nourricier, régulateur, organisateur, transporteur d'éléments à travers toute l'unité crânio-sacro-faciale et l'analyse de sa composition devient donc un bon indicateur de l'état de l'individu. C'est un **élément diagnostique souvent utilisé en médecine**. Le sang veineux à travers différents compartiments intracrâniens, les sinus, drainent le sang à travers différentes structures anatomiques, obstacles naturels qui évoluent avec la mobilité de l'unité crânio-sacro-faciale. C'est de la **liberté de mouvements de ses différents structures**, de la capacité des fluides à passer les différents obstacles et à circuler, que dépend l'hémodynamique artérielle et veineuse. Des perturbations de la mobilité des cinq éléments anatomiques de l'unité entraînent des troubles sensoriels, endocriniens, métaboliques et ce sont là les champs d'action de l'Ostéopathie crânienne.

³¹ « Impulsion rythmique n'est pas MRP » de Patrick Tidiere, La revue des ostéopathes n°51, janvier 2000.

³² « La santé au bout des doigts ; L'ostéopathie crânio-sacrée » de Maurice Sainte-Rose, éd Robert Laffont, p 123-127.



3.2. Techniques crâniosacrées

L'Ostéopathie prend en compte l'individu dans sa globalité ³³, donc lorsque les institutions ostéopathiques différencient Ostéopathie viscérale, Ostéopathie crânienne, Ostéopathie musculo-squelettique, Ostéopathie structurelle, Ostéopathie périnatale, Ostéopathie myofasciale, dans leur programme d'enseignement, c'est parce que « ces ostéopathies » considèrent une unité, une sphère, un système. Par abus de langage, on différencie ostéopathie crânienne,

³³ « L'Ostéopathie, exactement » de Lionelle Issartel et Marielle Issartel, éd Robert Laffont, 1983, p 40.

ostéopathie viscérale, alors qu'il serait plus juste de parler d'Ostéopathie dans la sphère crânio-sacro-faciale ³⁴ (dans le champ crânien) et dans la sphère viscérale.

Chacune de ces unités nécessite la mise en place de paramètres spécifiques dans l'approche et dans l'ensemble des techniques employées dans la thérapeutique. Pour l'unité crâniosacrée, ces techniques impliquent une perception manuelle très fine et l'observation d'éléments cliniques parfois difficiles à discerner.

Les principes de traitement des dysfonctions crâniosacrées décrits par William Garner Sutherland et Harold Magoun ³⁵ ne concernent pas seulement la *boule crânienne*, **ils s'appliquent à tout l'axe facio-crânio-sacré**. Le crânien, l'Ostéopathie crânienne, l'Ostéopathie dans le champ crânien, a des applications sur la globalité de l'individu. William Garner Sutherland a très vite fait évoluer son modèle crânien, conscient de l'intérêt de l'enrichir en l'étayant de découvertes et de travaux de la recherche médicale. Il est indispensable de faire évoluer un modèle initialement empirique vers un modèle explicable par les connaissances du monde scientifique et médical ³⁶.

4. **Reconnaissance de l'Ostéopathie dans le champ crânien**

Pour appréhender le corps humain dans son ensemble, il est important de prendre en compte l'intégralité des structures anatomiques en ne se cantonnant pas à une approche musculo-squelettique mais en investiguant aussi l'axe crâniosacré et le système viscéral notamment. Si l'intégrité de l'individu est perturbée (par une fracture ou une malformation), l'ostéopathe sait que son action perd de son efficacité, totalement ou partiellement. L'ostéopathe connaît ses limites et ne prétend pas tout soigner, c'est un praticien qui sait effectuer un diagnostic d'exclusion et donc faire appel aux partenaires du parcours santé le cas échéant. C'est dans cette optique que l'enseignement de l'Ostéopathie est dispensé aux futurs ostéopathes.

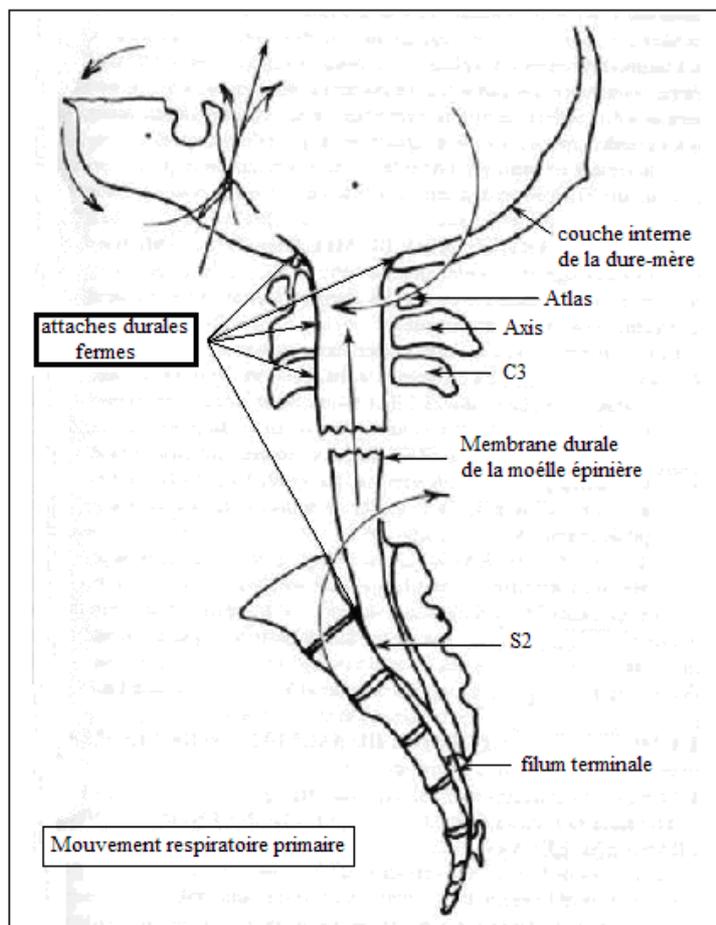
4.1. **Le concept crânien controversé** ³⁷

³⁴ « L'homme, le crâne, les dents ; L'homme debout » de Michel Clauzade et Bernard Darailans, éd SEOO, p51-77.

³⁵ « Ostéopathie dans le champ crânien ; Principes de traitement des lésions crâniennes » de Magoun et Sutherland, éd Sully, p94 à 107.

³⁶ « Le Mécanisme Respiratoire Primaire n'existe pas ! », interview de Jean Claude HERNIOU par Guy ROULIER, *Æsculape* n° 10, Janvier/Février 1998.

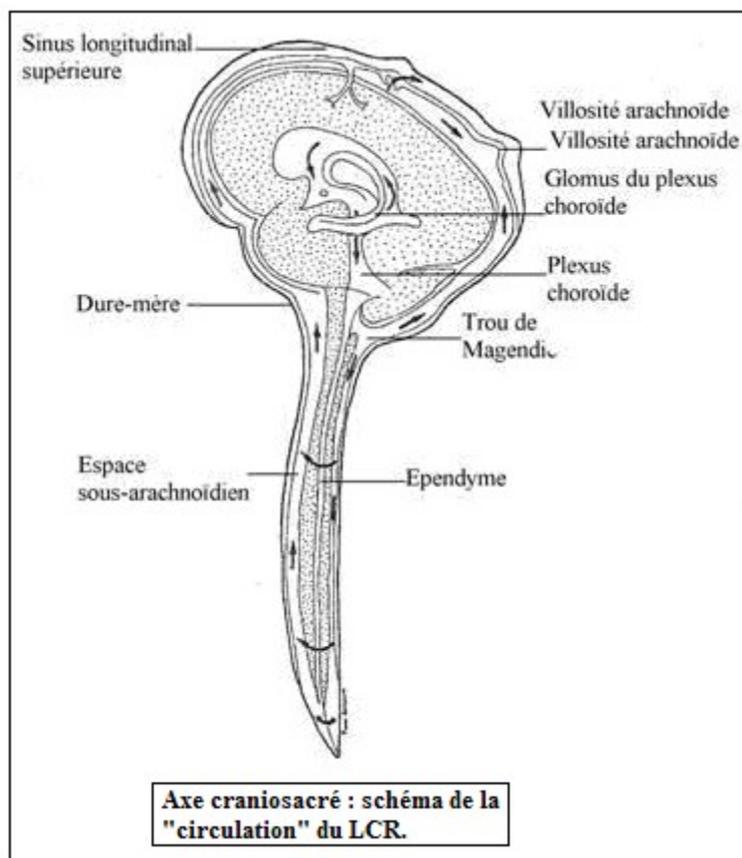
³⁷ <http://www.osteopathie-france.net/essai/therapeutique/mise-cause-cranien>



Le modèle original développé par William Garner Sutherland est basé sur le phénomène MRP cité précédemment. Nous avons déjà abordés les difficultés que William Garner Sutherland a rencontrés pour faire reconnaître le concept crânien et c'est notamment sur ce sujet que les débats se sont mis en place. Même après lui, les thérapeutes employant le concept crânien dans leur pratique ont rencontrés de multiples oppositions. Le MRP, perceptible au niveau de chaque muscle et viscère, anime toutes les structures du corps en relation directe ou indirecte avec l'axe crâniosacré. Par son écoute tissulaire, le praticien perçoit un mouvement rythmique de 6 à 12 pulsations minute qui s'organise selon des axes de mobilité propres à la région étudiée. Comme tout modèle, celui de William Garner Sutherland part de son observation de la Nature, en l'occurrence le ressenti perçu d'un mouvement des os du crâne, mais William Garner Sutherland ne propose pas d'hypothèses scientifiquement fiables pour expliquer l'origine de l'IRC.

De nombreux théoriciens se sont interrogés sur l'origine de ce mouvement, certains parlent d'une motilité propre cellulaire, certains de fluctuations du LCR, d'autres d'oscillation

cellulaire ³⁸. Pour les William Garner Sutherland, Rollin Becker, Harold Magoun, Viola Fryman, John Upledger, les grands promoteurs du concept crânien, la justification de celui-ci et l'emploi de ses techniques ne résident pas dans le modèle théorique et évolutif qu'il en est fait mais plutôt dans l'expérience perceptuelle et l'approche clinique ressentie et vécue par le praticien ³⁹.



John Upledger, grand partisan de l'Ostéopathie crâniosacrée outre atlantique et chercheur très suivi par la communauté des ostéopathes, publia plusieurs articles sur le sujet, jetant ainsi les bases d'une discussion avec la communauté scientifique ⁴⁰. En réponse, les observateurs scientifiques conclurent en disant que la théorie restait invalide, que les praticiens étaient incapables de mesurer de manière crédible et fiable les modifications qu'ils déclaraient apporter (publication en 1999 par *British Columbia Office of Health Technology Assessment*).

³⁸ « L'homme , le crâne, les dents ; L'homme debout » de Michel Clauzade et Bernard Darailans, éd SEOO, p51-77.

³⁹ « Approche tissulaire en Ostéopathie (niveau 1) ; Le mécanisme respiratoire primaire existe t-il ? » de P. Tricot, support de cours, p50-59.

⁴⁰ « La thérapie crâniosacrée ; Préface édition française par Jean-Pierre Barral » de John Upledger, éd Satas, pV.

Viola Frymann développa l'ostéopathie crânienne et ses applications en dentaire ⁴¹. Les dentistes holistiques sont formés par Viola Frymann ou ses disciples comme Stanley Sokolow. Celui-ci publia une lettre dans le *Bulletin de la Société Dentaire du Comté de Santa Clara*. Cette lettre fut un moyen d'échanger, de discuter et de critiquer autour de l'ostéopathie crânienne dispensée et de ses principes. Fryman évoque la mise en place de points de suture qui vont entraîner une perturbation des oscillations intracrâniennes et donc causent des dysfonctionnements et des maladies. Elle introduit l'emploi alors judicieux de manipulations des os du crâne par un ostéopathe pour permettre de libérer ces contraintes et permettre au corps un retour à un état de santé. Viola Fryman évoque aussi l'emploi d'appareils orthodontiques qui vont restreindre la mobilité des maxillaires et causer des dysfonctions. Mais ces observations, ces expériences vécues par Fryman ne sont pas basées sur des preuves scientifiques et les résultats obtenus sont relégués à d'hasardeuses coïncidences que la croyance des praticiens ostéopathes comme de nombreux orthodontistes fait passer de l'état de conjectures à l'état de faits.



John Upledger



**Nephi Cottam
(1883-1966)**



**Rollin Becker
(1910-1996)**



**Carl A Ferreri
(1928 - 2007)**

La thérapie manipulative crânienne, employée par les ostéopathes, est aussi pratiquée par des chiropracteurs qui la nomment Crâniothérapie. Pour les chiropracteurs c'est Nephi Cottam qui est à l'origine de ce concept crânien. Il la développe dans les années 20, et dirige un premier séminaire post-graduate en 1929 avant que William Garner Sutherland ne fasse son premier exposé devant des professionnels. Comme les disciples de Nephi Cottam reconnaissent la similitude entre l'Ostéopathie crânienne et la Craniothérapie chiropratique, nous ne étendrons pas sur l'origine du concept dont le fondateur a bien évidemment du subir l'influence de ces aïeux et contemporains ⁴². Bertrand DeJarnette, chiropracteur, et William Garner Sutherland, ostéopathe, travaillent ensemble dès les années 20. Les journaux chiropratiques, comme les

⁴¹ « L'Ostéopathie crânienne ; Introduction de Bernard Quef » de Léopold Busquet 5ième édition, éd Frison Roche, p10 -16.

⁴² « William Garner Sutherland a-t-il été influencé par Walter Russell ? » de François Bell, Apostill n°6, mars 2000, p14- 22.

ostéopathiques, publient des articles concernant le sujet mais sans jamais donner de références scientifiques.

L'Ostéopathie dans le champ crânien durant son développement a rencontré et rencontre encore des obstacles dans sa reconnaissance par les autorités médicales. Cataloguée comme procédure pseudo scientifique, il lui est reprochée d'être convaincante au premier abord, mais de ne reposer que sur des expériences positives personnelles et ponctuelles dont la justification et les résultats n'ont pu être scientifiquement observés et vérifiés.

L'Ostéopathie appliquée à la sphère crâniosacrée revendique quelques recherches élémentaires mais cela ne suffit pas à en faire une vraie technique scientifique ⁴³. Les applications chiropratiques ne sont pas non plus nombreuses. En réalité, pour les autorités médicales, il n'existe **pas de preuves de l'efficacité et de la non mise en danger du patient au cours d'un traitement crânien**. Et comme celui-ci implique un contact physique privilégié praticien-patient, certains lui sous tendent des **intentions suggestives similaires à un conditionnement du patient** par le praticien ⁴⁴, la pression du crâne serait employée comme méthode de conditionnement. Et comme les ostéopathes et les chiropracteurs s'accordent à dire toute la complexité de la mise en œuvre de ce type de traitement, les détracteurs ajoutent que la duperie est pour le patient mais aussi pour le praticien qui s'auto-conditionne à ressentir sans pouvoir le vérifier scientifiquement. Pour que le concept crânien perdure, il y a donc nécessité de passer par une expérimentation et une recherche scientifique dans la discipline, ce que Andrew Taylor Still répétait d'ailleurs continuellement à ses élèves.

"Osteopathy is that science which consists of such exact, exhaustive and verifiable knowledge of the structure and function of the human mechanism, anatomical physiological and psychological, including the chemistry and physics of it's [sic] known elements . . . " (Andrew Taylor Still) ⁴⁵

4.2. Evaluation scientifique de l'Ostéopathie appliquée à l'axe crâniosacré ⁴⁶

Selon le modèle initial du concept crânien décrit par William Garner Sutherland, les mouvements rythmiques intrinsèques du cerveau humain génèrent des oscillations rythmiques, des fluctuations, définies dans le modèle du MRP. L'ostéopathe, par sa pratique, module les

⁴³ « Médecine ostéopathique : le crâne ; Préface de Didier Feltesse » de Jean-Marie Guillot et Jan-Paul Guionnet, éd Maloine, p9-10.

⁴⁴ « La manipulation crânienne » de William T. Jarvis du NCAHF (National Council Against Health Fraud).

⁴⁵ « Autobiography » de Andrew Taylor Still, 1st Edition, 1897.

⁴⁶ « Evaluation scientifique de l'Ostéopathie et de la Chiropraxie » par Louis Auquier, rapport de l'Académie Nationale de Médecine, janvier 2006.

paramètres de ce mécanisme pour un retour à la santé du patient. C'est souvent ce modèle MRP qui est remis en question lorsque les différents partis discutent du bien fondé de l'ostéopathie crânienne.

Ce principe de traitement est basé sur un modèle qui **comme tout modèle est placé dans un référentiel dont les caractéristiques sont amenées à évoluer** avec les recherches scientifiques et médicales.

Ainsi, les détracteurs de l'Ostéopathie rejettent les anciennes théories du concept crânien car son référentiel est obsolète. **Ainsi comme si on abandonnait l'idée de la bicyclette parce que la roue de chariot ne s'adapte pas avec, le concept crânien se voit marginaliser parce que le modèle de Sutherland ne s'adapte pas aux réalités scientifiques et médicales les plus récentes.** Le manque de plausibilité biologique du modèle crânien entraîne pour beaucoup un manque de fiabilité diagnostic et donc ne lui prête aucun effet clinique si ce n'est suggestif.

Mais pourtant loin d'en rester à une foi aveugle en son fondateur William Garner Sutherland, loin d'appliquer tous les jours des principes de traitement basé sur un modèle faussé, les ostéopathes sont nombreux à mener des études et recherches afin de faire évoluer le modèle crânien de Sutherland vers **un modèle encore plus proche de la réalité scientifique et médicale** qui expliquerait l'effet positif et direct constaté dans la pratique de l'Ostéopathie dans le champ crânien ⁴⁷.

4.2.1. Evaluation de la thérapeutique ostéopathique

Sur ce plan, il est difficile pour les détracteurs de ne pas prendre en compte les **résultats favorables même constatés de façon empirique**, notamment sur le traitement manipulateur de douleurs rachidiennes. C'est peut être là la faille des systèmes permissif ou monopoliste européens qui n'ont pu faire taire ces thérapeutiques alternatives.

En utilisant une approche scientifique de ces résultats positifs, il faut prendre en compte d'une part une évolution favorable spontanée du trouble du patient, et d'autre part cet effet suggestif, placebo, que la présence du soignant induit en écoutant le patient et en établissant un contact palpatoire avec lui. Cette addition des deux facteurs pouvant compter pour un chiffre élevé d'excellents ou de bons résultats, **il est à se demander pourquoi toutes les thérapeutiques n'emploient pas systématiquement ces deux modes opératoires que sont l'écoute et le contact au patient.**

⁴⁷ « L'Ostéopathie, exactement » de Lionelle Issartel et Marielle Issartel, éd Robert Laffont, 1983, p352-360.

De nombreux ostéopathes ont développés ou approfondis la thérapeutique ostéopathique⁴⁸ : Laurence Hugues Jones avec sa méthode de traitement par aggravation⁴⁹ (*Strain-Counterstrain*), Zink avec son approche holistique ostéopathique de l'Ostéopathie, Harrison Fryette et ses recherches en biomécanique⁵⁰ (*Lois des mouvements physiologiques de la colonne vertébrale*), Fred Mitchell (1909-1974) avec la mise au point de sa méthode de techniques d'énergie musculaire⁵¹ (*Myotensives*), Rollin Becker (1910-1996) avec sa recherche du *fulcrum*⁵². **Tous perpétuent les concepts ostéopathiques en lui donnant des bases scientifiques stables et fiables.** Mais ces recherches ne sont souvent pas considérées par les autorités légales et médicales⁵³.



La preuve de l'efficacité de l'Ostéopathie ainsi que l'existence d'effets secondaires indésirables n'ont pas fait l'objet d'études contrôlées, objectivées et analysées de manière

⁴⁸ « L'Ostéopathie, exactement » de Lionelle Issartel et Marielle Issartel, éd Robert Laffont, 1983, p 354.

⁴⁹ « Jones Strain-Counterstrain » de Lawrence H. Jones, Randall Kusunose, Edward Goering, Randall S. Kusunose, Edward K. Goering.

⁵⁰ « Principes de la technique ostéopathique » de H. H. Fryette, éd Frison Roche, 1988.

⁵¹ « An evaluation and treatment manuel of osteopathic muscle energy procedures » de F. Mitchell, P.S. Moran, N.A. Pruzzo, 1979.

⁵² « La méthode de Von Niederhoffer » de Rollin E Becker, 1979.

⁵³ « Méthodes thérapeutiques non conventionnelles. Fédération des Académies nationales de médecine » de L Auquier et A André, Bibliothèque Acad. Natle Méd, mai 1998.

suffisante. En effet, le processus doit comporter un groupe de patients d'étude, homogène, constant et bien défini. Le groupe d'étude doit contenir un panel d'individus ne consultant pas un ostéopathe. La pratique thérapeutique doit elle aussi être bien définie, ce qui fait prendre en compte un nombre important de caractéristiques, chaque individu, patient ou praticien étant unique. Quelques études ont ainsi pu être menées, mais elles ne concernent pas toute la pratique ostéopathique et ne font donc pas taire les détracteurs de l'Ostéopathie (qui sont, de ce fait, légitimes).

4.2.2. **Evaluation des techniques non manipulatives en pathologie générale**

L'ostéopathe possède, mises à part les techniques manipulatoires sur les pièces osseuses, de nombreuses autres techniques pour traiter les troubles du patient. Alors les questions se multiplient sur cette ostéopathie des fascias ou des liquides, ostéopathie crânienne ou viscérale, où il n'y a pas de manipulation (au sens défini et admis par la médecine conventionnelle). Les non ostéopathes, praticiens de santé et patients, s'interrogent sur l'effet d'une telle pratique.

En dehors de l'**effet sédatif** couramment admis, il n'est souvent évoqué qu'**une sorte de psychothérapie manuelle**. Encore une fois, l'Ostéopathie ne peut démontrer de manière scientifique l'efficacité de tels procédés. Cependant à travers la littérature critique et autocritique de l'Ostéopathie, il apparaît la grande complexité de ces techniques, elles sont difficiles à expliquer et à mettre en œuvre, bref elles restent obscures. Et de ce manque de visibilité des pratiques viscérales ou crâniennes conduit forcément à une méfiance exacerbée et donc à une marginalisation de la pratique.

Même si la notion de dysfonction d'une structure entraînant la perte de mobilité d'une autre structure est de plus en plus acceptée, il devient difficile pour le non ostéopathe d'**établir un lien entre l'effet constaté, la pathologie, et la cause, la lésion** (dysfonction, subluxation) décrite par l'ostéopathe : *le tissu conjonctif connecte tout à tout* ⁵⁴. Du coup, le quidam sublime le traitement ostéopathique, appliqué au champ crânien ou viscéral, en une pratique psychologique, énergétique voire magique, ce qui ne rassure pas les autorités sanitaires. En effet ces pratiques ostéopathiques ont des **applications multiples et généralisables**, elles sont employées notamment en maternité tant sur des nouveaux nés ⁵⁵ que sur le petit bassin de leur mamans. **Pour un public encore mal éclairé sur les champs d'application de l'Ostéopathie,**

⁵⁴ « L'Ostéopathie, exactement » de Lionelle Issartel et Marielle Issartel, éd Robert Laffont, 1983, p 40.

⁵⁵ « Ostéopathie pédiatrique » de Nicette Sergueef, éd Elsevier et « Une approche de l'enfant en Médecine ostéopathique » de J. E. Carreire, éd Sully.

il convient d'être très prudent, dans la façon de présenter la pratique ostéopathique sur le nourrisson ou le siège des mamans.

5. Réglementation de l'enseignement de l'Ostéopathie

5.1. Réglementation européenne de la profession d'ostéopathe et de sa formation ⁵⁶

Malgré sa reconnaissance, l'Ostéopathie n'est pas encore tout à fait acceptée par tous dans le monde médical. Mais la mise en place d'une réglementation permet au moins aux ostéopathes de sortir du ghetto dans lequel ils résidaient depuis longtemps.

En 1994, devant le *Comité pour l'Environnement, la Santé Publique et la Protection du Consommateur* du Parlement européen, le député européen P. Lannoye (représentant de la Belgique) a présenté une proposition concernant le statut des médecines non conventionnelles. Sa proposition proposait une **prise en en charge des actes des médecines non conventionnelles par les systèmes d'assurance maladie nationaux, l'intégration des systèmes complémentaires** dans la pharmacopée européenne ainsi qu'un **budget de recherche** de 10 millions d'euros par an pendant cinq ans. Il s'avança aussi sur la nécessité de faire cesser les plaintes régulières pour exercice illégal de la médecine déposés par certains gouvernements à système médical monopoliste (France ou Espagne). Il proposa également de constituer un système pan-européen de reconnaissance et de réglementation de ces praticiens basés sur le modèle anglais (*Osteopaths and Chiropractors Acts* de 1993 et 1994) ⁵⁷.

Le vote associé à cette proposition fut annulé mais en 1995 la *Conférence des Présidents du Parlement Européen* décida de proposer un nouveau rapport sur la base des doléances énoncées par Lannoye. Les médecins membres du Parlement Européen s'opposèrent à ce rapport mais en 1997 la *Commission des affaires sociales, de la santé publique et de la protection des consommateurs* adopta finalement un projet. Le Parlement européen présenta une résolution qui impose les autorités légales de tous les états membres de l'Europe à statuer sur le sort des médecines non conventionnelles. Nous retiendrons les articles suivants :

⁵⁶ « Étude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe : Belgique, Royaume Uni, Suède, Suisse » par la HAS, juin 2006.

⁵⁷ http://www.legislation.hms.gov.uk/acts/acts1993/Ukpga_19930021_en_1.htm, "Osteopaths Act. The United Kingdom Parliament, » 1993.

« 2. Le parlement européen appelle la Commission, **à mener une étude de grande envergure sur la sécurité, l'efficacité, le champ d'application et la nature complémentaire et alternative des médecines non conventionnelles**, et de préparer une étude comparative des réglementations nationales auxquelles les praticiens non conventionnels sont soumis ;

4. Le parlement européen appelle le Conseil de l'Europe, une fois les travaux préliminaires cité au paragraphe 2 terminés, **à encourager le développement de programmes de recherche dans le champ des médecines non conventionnelles sur l'approche individuelle et holistique, sur le rôle préventif et sur les caractéristiques spécifiques de la médecine non conventionnelle ;**

5. Le parlement européen conseille vivement à la Commission de soumettre le plus rapidement possible un rapport au Conseil et au Parlement Européen présentant les résultats des études et des recherches qui ont déjà été réalisées **sous le budget n° B-7142 qui, depuis 1994, est affecté à la recherche sur l'efficacité de l'homéopathie et des autres médecines non conventionnelles.** »

En 1999, cette résolution a été renforcé par le Conseil de l'Europe sur le fait d'intégrer les médecines non conventionnelles au niveau européen, coordonne les différents travaux des états membres sur le sujet et **incite à la recherche dans ce domaine**. Ces résolutions n'étant pas obligatoires, c'est l'article 138B TEC du *Traité de Maastricht* et le pouvoir d'initiative qu'il octroie au Parlement Européen qui pourrait être employé pour faire avancer les choses. Ces résolutions ont entraîné dans certains pays comme la France, l'Italie et l'Autriche, la décision d'examiner comment leur voisins se sont organisés avec les médecines non conventionnelles à l'intérieur de leurs frontières. D'autres pays comme la Belgique ont, toujours suite à ces résolutions, modifié leur législation pour y répondre au mieux. Pourtant malgré ces efforts, tant que l'ensemble des pays de l'Union n'aura pas statué les décisions ne seront pas prises mutuellement.

En France les instances ostéopathiques notamment l'AOF ont pris conscience de l'importance de la **reconnaissance de l'Ostéopathie auprès des autorités médicales et légales par le biais de la reconnaissance de ses fondements théoriques et pratiques**. Ainsi, une commission *Approche systémique de l'ostéopathie* a été mise en place pour permettre la reconnaissance scientifique de l'Ostéopathie qui passe nécessairement par des publications tant dans les domaines d'analyse de pratique, de pédagogie, de méthodologie de recherche, que d'épistémologie.

La France n'est pas précurseur en matière de reconnaissance de médecines non conventionnelles comme l'Ostéopathie. C'est sous l'autorité européenne que notre pays se met à imaginer sortir de leur placards ces médecines alternatives. Elles ont fait leur preuve ou tout au moins satisfont aux demandes du public. De par les espoirs qu'elle porte pour l'évolution du

système de santé et de son efficacité sur le bien-être de nos concitoyens ⁵⁸, et poussée par le Parlement Européen, l'Ostéopathie est reconnue en France. Tant son exercice que son enseignement sont maintenant réglementés.

5.2. Réglementation de la profession d'Ostéopathe et de la formation d'Ostéopathie dans le champ crânien en France ⁵⁹

5.2.1. Réglementation de l'exercice de l'Ostéopathie

La législation française stipule **l'importance d'une formation adaptée de l'ostéopathe pour permettre la prise en charge de patients atteints de troubles fonctionnels et également pour permettre un diagnostic d'exclusion** (dans le cas où le patient serait atteint de pathologies organiques nécessitant une intervention thérapeutique chirurgicale ou médicamenteuse). L'ostéopathe doit être **capable de réorienter son patient** vers son généraliste ou les urgences si les symptômes évoqués nécessitent des examens para cliniques ou une prise en charge médicale immédiate. Sa formation doit comporter des enseignements théoriques et pratiques. Elle doit le former à la pratique de techniques manipulatoires ou de mobilisation musculo-squelettiques et myofasciales, directes ou indirectes, non forcées, non instrumentales. Notons qu'il est stipulé que l'ostéopathe ne peut pas pratiquer de manipulations gynéco-obstétricales chez la femme enceinte, de touchers pelviens. Les manœuvres internes (TR, TP, ...) ne sont pas autorisées. Il ne peut pas manipuler les nourrissons ainsi que les cervicales chez l'adulte, sans avoir en sa possession un certificat médical de non contre-indication délivré par un médecin allopathe.

5.2.2. Réglementation de la formation à l'Ostéopathie

Le diplôme d'ostéopathe sanctionne les étudiants qui ont effectué une formation d'au moins **2660 heures ou trois années** comportant 1 435 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie (première phase de formation) et **1 225 heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie** (deuxième phase). Cette formation doit comporter différentes unités de formation dans différentes disciplines qui sont abordés à la fois selon un

⁵⁸ « La santé au bout des doigts ; L'ostéopathie crânio-sacrée » de Maurice Sainte-Rose, éd Robert Laffont, p 241.

⁵⁹ « Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires » Version consolidée au 27 mars 2007.

point de vue médical traditionnel et à la fois en suivant les concepts et la philosophie ostéopathique ⁶⁰.

La réglementation définit une phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine se décomposant en six unités de formation (1, 2, 3, ...) ⁶¹. Elle définit également une phase d'enseignements théoriques et pratiques de l'Ostéopathie comportant trois unités de formation (A, B et C) ⁶². **Tous les établissements, même agréés, n'apportent pas les mêmes garanties quant à la qualité de l'enseignement proposé.** Pour le ROF (*Registre des Ostéopathes de France*), il vaut mieux ne pas choisir un établissement qui se contente de ce programme minimum établi par le législateur ⁶³. Un praticien ostéopathe doit pouvoir soigner des patients de façon fiable et précise, ainsi il lui faut acquérir la totalité du concept ostéopathique et ne pas se contenter d'un abord musculo-squelettique

Le ROF préconise au minimum **4000 heures de formation** avec 1225 heures consacrées au concept et aux techniques du système musculo-squelettique et myofascial (approche palpatoire et gestuelle), et **1000 heures consacrées au concept et aux techniques viscérales et crâniennes** (approche palpatoire et gestuelle).

A ce jour, une proposition de loi établie par certains députés sous la direction de Bernard Debré ⁶⁴ a été soumise au législateur. Il apparaît que **le titre d'ostéopathe devrait être supprimé** ainsi que le quota d'heures minimum pour la formation établi par les décrets cités précédemment. Dans le même projet de loi, est soumise la nécessité d'une profession partagée entre médecin ostéopathe et ostéopathe exclusif et également la différenciation des deux types de praticiens par la création d'un double diplôme pour une même activité professionnelle d'ostéopathe, avec forcément **pour les ostéopathes exclusifs un niveau de formation préconisé plus faible que celui des médecins ostéopathes**. Et enfin, la mise en place d'un *Haut Conseil de l'Ostéopathie* dirigé par un président nommé par le Gouvernement, composé de cinq membres dont deux médecins, de deux ostéopathes et d'un chiropracteur. Ce conseil aura tous les pouvoirs dans le domaine de l'Ostéopathie, la gestion et l'organisation de la profession.

6. État des lieux de la formation en Ostéopathie en France

⁶⁰ <http://www.osteopathie.org/formation-postbac.html> (ROF), « Cette formation se décompose en unités de formation dans les domaines suivants : »

⁶¹ « Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires » Version consolidée au 27 mars 2007, article 2.

⁶² « Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires » Version consolidée au 27 mars 2007, article 3.

⁶³ <http://www.osteopathie.org/questions-ecole.html>, « les questions à se poser pour choisir une bonne école ».

⁶⁴ « PROPOSITION DE LOI portant diverses dispositions relatives à l'Ostéopathie et à la Chiropraxie », de Bernard Debré, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 février 2010.

Depuis les années 80, les ostéopathes ont traversés de nombreuses épreuves pour faire reconnaître leur pratique mais surtout pour la faire accepter par les autorités médicales. Ce statut qui n'est pas acquis impose que les instances dédiées à l'Ostéopathie continuent de **s'assurer de la compétence des praticiens**. Même si la profession est traversée par des **courants d'origines diverses, il ne faut pas perdre de vue les règles et les limites fixées par la législation qui certes protègent les patients mais aussi l'Ostéopathie en tant que profession**.

Un chiffre, le nombre de centres de formations au 15 janvier 2010 ⁶⁵ qui est de 45. Certains de ces centres appartiennent à la même structure mais dispensent des formations à temps partiel (FC, formation continue) et à temps complet (FI, formation initiale). Avant, ils étaient regroupés au sein de la *Collégiale Académique de France* ou de l'INFO (*Institut National de Formation en Ostéopathie*). Aujourd'hui, la CAaF n'existe plus mais d'autres associations ont vu le jour comme le RGEO (*Réseau des Grandes Ecoles d'Ostéopathie*) ou la CGEO (*Conférence des Grandes Ecoles en Ostéopathie*). Elles privilégient la recherche d'un consensus pédagogique pour augmenter la qualité de l'enseignement de l'Ostéopathie en France et en Europe en suivant les directives de l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*) au niveau mondial, de l'HAS (*Haute Autorité Sanitaire*) au niveau national ou d'autres autorités légales. Et pour inciter les étudiants à s'engager dans la recherche en Ostéopathie les associations sont en relation avec l'AREDOE (*Association pour la Recherche, l'Etude et le Développement de l'Ostéopathie en Europe*) ou les départements recherche des différents établissements. La *Collégiale Académique*, qui n'existe plus aujourd'hui, **perpétuait l'enseignement de l'ostéopathie selon les concepts de ses fondateurs et les exigences qui en découlent, elle s'assurait de l'application d'un référentiel** comme le RPO 2005 (*Référentiel Profession Ostéopathe*).

Un autre chiffre, c'est celui des ostéopathes exclusifs ou non pratiquant l'Ostéopathie. Ils seraient, en 2010, 11608 à pratiquer l'Ostéopathie dont 5342 ostéopathes exclusifs, 4960 masseurs kinésithérapeutes ostéopathes et 1120 médecins ostéopathes, soit d'après le ROF ⁶⁶ un ratio de 1 ostéopathe pour 5529 habitants. De nombreuses associations s'interrogent sur la pérennité du modèle d'organisation de la formation des ostéopathes en France. Pour beaucoup le nombre de praticiens tend à dépasser son seuil de viabilité, surtout dans certaines régions, et nombreux sont ceux qui demandent **la mise en place d'un numerus clausus** pour prévenir tout excès et l'assurance d'un enseignement de qualité.

6.1. L'enseignement de l'Ostéopathie selon l'Ostéopathie

⁶⁵ « Arrêté du 21 décembre 2009 modifiant la liste des établissements agréés dispensant une formation en Ostéopathie », Journal officiel de la République Française du 15 janvier 2010, édition n°12.

⁶⁶ « Les chiffres de l'Ostéopathie en 2010 » d'après le ROF.

Le développement des médecines non conventionnelles en général, et de l'Ostéopathie en tant que profession de santé, a amené les ostéopathes à **des changements profonds dans la manière d'enseigner** la discipline que ce soit à l'initiale ou au cours de la vie professionnelle. En effet cet enseignement est nécessairement optimal, d'abord pour assurer une compétence dans le traitement des troubles des patients mais aussi pour répondre au scepticisme des autorités médicales.

Depuis les années 80, l'enseignement s'est enrichi et progressivement structuré en prenant en compte les recommandations qu'elles soient instituées par les autorités médicales, légales ou même par les autorités ostéopathiques : *Académie d'Ostéopathie de France* (AOF), *Collégiale Académique* (CAAdF), *Syndicat Français des Ostéopathes* (SFDO, ex AFDO). Ce sont le *Registre des Ostéopathes de France* (ROF) et l'*Union Fédérale des Ostéopathes de France* (UFOF) qui ont mis en place un standard académique commun pour l'obtention du diplôme d'ostéopathe. L'objectif était de suivre les normes d'un enseignement européen commun de l'Ostéopathie aboutissant à un diplôme commun européen de 3ème cycle.

Cet enseignement de l'Ostéopathie est aujourd'hui utilisé, **il se base sur différents critères universitaires français et étrangers** : locaux exclusivement adaptés à l'enseignement ostéopathique, enseignants issus d'un cursus scientifique, médical, ou ostéopathique mais aussi qualifiés selon des normes universitaires ou équivalentes, l'expérience clinique et de stages médicaux est imposée.

6.2. Les enseignants pour les instances ostéopathiques ⁶⁷

Le ROF (*Registre des Ostéopathes de France*) **remet en cause les compétences des différents enseignants** qui officient actuellement dans les différents établissements, mettant en avant que les diplômes de ceux-ci ne sont pas disponibles, sous-entendant ainsi l'absence de réelles qualifications ⁶⁸. De plus le ROF indique encore que souvent c'est la quantité des enseignants qui est favorisée dans les établissements et non la qualité de l'enseignement qu'ils dispensent. Il expose également le fait que des domaines comme la clinique, qui requiert une expérience professionnelle, ne font pas participer systématiquement ce qu'il appelle les *seniors* de la discipline.

Ainsi, l'*Académie Ostéopathique* (AOF) tente d'établir des critères de qualification pour l'enseignant en Ostéopathie ⁶⁹. Elle a mis en place une structure permettant la **validation des**

⁶⁷ Communiqué de l'AO, février 2007.

⁶⁸ <http://www.osteopathie.org/questions-ecole.html>, « La compétence des enseignants ».

⁶⁹ « Le Livre Blanc de l'Ostéopathie » réalisé par Guy Roulier et Michel Fischer, 1999-2000.

acquis de l'expérience (VAE) des enseignants en Ostéopathie, pour permettre l'obtention d'un *Master en sciences de l'éducation*. Cette **recherche de qualification** pour ses enseignants de la part des instances en Ostéopathie est rendue nécessaire pour poursuivre le **travail de reconnaissance auprès des autorités légales et médicales et auprès du public**. Et elle implique pour les enseignants des compétences en matière de pédagogie et de formation.

7. Qu'est ce qui conditionne le programme d'enseignement ?

Nous l'avons vu, de plus en plus de pays européens reconnaissent l'Ostéopathie mais, malgré tout, la question de la compétence de l'ostéopathe et de la sécurité du patient est souvent abordée par les autorités légiférant sur cette reconnaissance. En effet, l'action thérapeutique ostéopathique est sujette à controverse. **Sa reconnaissance dépend de la capacité diagnostique du praticien, c'est à dire la capacité de réflexion employée en préliminaire de la thérapeutique manuelle.** Ce diagnostic, à la fois clinique et manuel, à la fois du ressenti et du bon sens, tient plus de l'art que de la science⁷⁰. Mais, comme tout art, il nécessite de grandes et larges connaissances tant sur le plan des Sciences fondamentales, de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Biomécanique, que sur le plan des méthodes, protocoles et techniques employées par le thérapeute. Il n'y a pas une seule façon de faire, une façon de traiter un sujet, mais néanmoins le corps humain est régi par des règles immuables. **Le praticien dans la pratique de sa thérapeutique, a besoin de connaissances spécifiques et précises, pour appliquer des méthodes elles aussi spécifiques et précises.** Ce diagnostic, qui devient intime et aisé avec le temps, est difficile à expliquer et donc à enseigner, c'est un ensemble de différentes modalités sensitives, sensibles et cognitives du thérapeute : observer, écouter, interroger, palper, comprendre, analyser... .

Saisir un modèle, un protocole technique de manipulation, c'est l'objectif de tout le parcours de l'étudiant. Par contre, il est plus difficile pour celui-ci de se retrouver dans toute la complexité de la réalité clinique et du diagnostic. En médecine allopathique, le diagnostic entraîne une prescription médicale. En médecine ostéopathique, le diagnostic conditionne le geste thérapeutique.⁷¹ Même si la finalité des deux pratiques n'est pas la même, la précision et le soin apporté à la démarche diagnostique relèvent d'une même rigueur. Actuellement, certains pourraient penser, à tort, que le diagnostic clinique n'est pas d'une grande importance à l'ostéopathe. Bien souvent au cours de l'anamnèse, le thérapeute se retrouve à expliquer à son

⁷⁰ « Diagnostic ostéopathique général ; Introduction » de Alain Croibier, éd Elsevier,, p XV-XVI.

⁷¹ « Diagnostique ostéopathique général ; Introduction » de Alain Croibier, éd Elsevier, p XV-XVI.

patient le but clinique de son anamnèse. Peu à peu, la patientèle comprend l'importance de la clinique dans la démarche diagnostique de l'ostéopathe.

Les connaissances de sémiologie et de physiopathologie du praticien l'amène à affiner son analyse, à se prémunir de la contre-indication, et à optimiser l'efficacité de son geste thérapeutique. Ces connaissances théoriques sont l'un des outils indispensables de l'approche conceptuelle de l'individu dans son ensemble. C'est en fonction de ces connaissances et de cette réflexion clinique que va se dégager un axe de traitement. Le praticien est alors un thérapeute généraliste dont le choix des techniques s'impose par la démarche clinique et non pas par les préférences ou les facilités du thérapeute. Le traitement est individuel.

8. La nécessaire évolution des modèles

La pratique ostéopathique dans le champ crânien, comme dans la sphère viscérale, ne devrait pas être compliquée et relever d'une pratique obscure et du coup marginale. Les bases du concept crânien sont le modèle établi par William Garner Sutherland, un modèle que lui-même a commencé à faire évoluer dès 1948 avec une approche plus biodynamique de l'axe crâniocervical, et une nouvelle théorisation de l'origine du MRP. Les détracteurs de l'Ostéopathie appliquée dans le champ crânien, remettent en cause ces principes alors que d'eux-mêmes, leurs fondateurs n'ont pas la vanité de les penser éternels, qu'il soit l'initiateur Andrew Taylor Still, ou ses disciples comme William Garner Sutherland. C'est cela que défendent les ostéopathes **quand ils désavouent les principes mais continuent à pratiquer cette ostéopathie dans le champ crânien ou dans la sphère viscérale**, et c'est là que ces ostéopathes sont les dignes successeurs d'Andrew Taylor Still, **il y a une part de « foi » dans la philosophie de l'Ostéopathie**, mais elle n'est pas aveugle car la pratique sous-entend une permanente remise en question et donc une évolution. L'ostéopathe est toujours en train d'apprendre, mais ce n'est pas parce qu'il ne comprend pas quelque chose qu'il l'occulte et s'en défait. L'ostéopathe apprend, il apprend comment son patient fonctionne, il apprend au corps du patient comment recouvrer la santé, et il apprend comment ça marche.

Il reste donc important de continuer à vouloir expliquer l'origine du MRP, ou en tous cas de cette fluctuation rythmée du LCR, des oscillations intracrâniennes qui en découlent et autres paramètres du concept MRP. Cette recherche du fond des choses, si chère à Andrew Taylor Still, implique aujourd'hui une reconnaissance scientifique et médicale fiable et précise, qui ne supporte pas le caractère empirique de la recherche ostéopathique. Ce qui pour beaucoup reste tout au plus un placebo, continue à être enseigné aux Etats-Unis et en Europe. Il est encore

temps de ne pas laisser s'étouffer le concept crânien et de lui donner les moyens d'être reconnu mais surtout connu et compris de tous. Car chez les professionnels de santé et même chez les ostéopathes, le scepticisme engendre peu à peu des reproches et des accusations de déloyauté, et crée des scissions. Le débat est clos pour certains, alors que notre philosophie ostéopathique devrait tous nous conduire à entrevoir toutes les possibilités et à entendre tous les points de vue. Il faut espérer que les praticiens et les services de santé alliés au concept crânien (surtout les ostéopathes) vont parvenir à rendre plus visible et vérifiable l'Ostéopathie dans le champ crânien.

Nous avons vu toute l'importance d'une prise en charge holistique du patient par l'ostéopathe et l'importance de larges connaissances que nécessitent une telle pratique thérapeutique. Toutes les informations nécessaires à l'ostéopathe lui seront inculquées durant sa formation et également durant son exercice professionnel. Il est important de comprendre les règles qui régissent l'assimilation des informations, qui permettent l'intégration des connaissances, qui induisent l'apprentissage de nouvelles compétences. C'est ce que nous allons aborder à présent.

II - L'étudiant et l'apprentissage

Avant l'expérience professionnelle, c'est l'apprentissage du futur professionnel qui va conditionner sa pratique. Ses expériences vécues, les interactions socioculturelles avec son environnement vont forger les savoirs de l'étudiant. A travers son développement cognitif, sensitif et émotionnel, il va à la fois appréhender les autres mais aussi apprendre à être lui-même.

La reconnaissance de l'Ostéopathie en France, comme dans tous les pays d'Europe, est passée nécessairement par la question de la sécurité du patient et donc de la compétence de l'ostéopathe. L'action thérapeutique ostéopathique dépend de la **capacité diagnostique** du praticien, c'est à dire la capacité de réflexion, l'étude (voir définitions d'étude 4 et 6) du patient et de sa demande employée en préliminaire à la **thérapeutique manuelle**. Comme tout **art**, il nécessite de grandes et larges connaissances qui sont à intégrer par l'étude (voir définitions d'étude 2 et 4) tant sur le plan des sciences fondamentales comme l'anatomie, la physiologie et la biomécanique, que sur le plan des méthodes, protocoles et techniques employés par le thérapeute.

En ostéopathie crânienne notamment, la connaissance des bases est indispensable pour expliquer le ressenti du thérapeute dans ses mains et **ses connaissances seront les piliers du raisonnement et des choix de techniques**. L'abord du crâne est d'autant plus délicat qu'il renferme le cerveau, et avec la structure anatomique, c'est aussi le lieu de la pensée et des émotions. Du coup, le praticien étudiant en redoute le contact. Cela induit une perception palpatoire gênée. L'étudiant pour mieux appréhender demande alors **un maximum de renseignements, de références sur lesquelles s'appuyer**, ce qui dans le cas de l'ostéopathie

crânienne peut sembler considérable ⁷². De plus, une ostéopathie bien comprise permet au praticien une réflexion sur l'ensemble de la structure corporelle et une amélioration de la santé du patient. Les études d'Ostéopathie permettent **l'apprentissage d'une logique et d'une pratique thérapeutiques** dépendantes de la pratique professionnelle enseignée, mais pour que le futur ostéopathe émerge de ce processus d'apprentissage, indépendamment des connaissances que l'enseignant va lui inculquer, **cet apprentissage dépendra aussi de la manière dont l'étudiant perçoit et retient les informations** qui lui sont transmises.

1. Développement cognitif, comment apprendre et comprendre ?

1.1. Théories sur le développement cognitif ⁷³

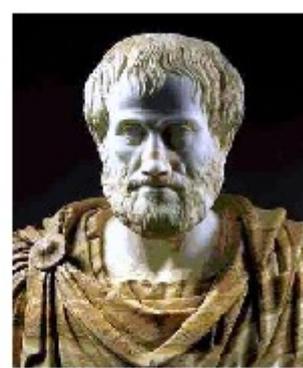
Nous allons dans un premier temps présenter certains modèles psychologiques de l'apprentissage cognitif, ceux-ci sont, pour la plupart, partagés en différentes tendances ⁷⁴. Les psychologues cherchent à travers l'élaboration de ces théories à comprendre comment l'individu apprend et mémorise ce qu'il apprend, comment s'organise la pensée au contact des expériences de l'individu. René Descartes (1596-1650, mathématicien, physicien, philosophe et escrimeur) établit qu'il existe des idées innées chez l'individu et que ces idées ne dérivent pas de l'expérience. Pour Emmanuel Kant (1724-1804, philosophe), les connaissances sont fondées sur l'expérience, et des structures mentales existent chez l'individu dès le début de son développement biologique. Depuis quelques dizaines d'années, des psychologues développent des théories en matières de sciences cognitives. Celles-ci se sont développées en parallèle du développement de l'intelligence artificielle. Elles s'intéressent au traitement de l'information dans le cerveau de l'être humain.



Descartes (1596-1650)



Kant (1724-1804)



Aristote (384-322)

⁷² « L'os temporal, la mandibule et l'os hyoïde » de Rémi Wogue, éd Sully, 2009.

⁷³ « La pédagogie, Théories et pratiques de l'Antiquité à nos jours » de Clermont Gauthier et Maurice Tardif, éd Gaétan Morin, 2005.

⁷⁴ « Les différentes théories de l'apprentissage » de Aline Germain-Rutherford Université d' Ottawa, Canada, Middlebury College, USA, support de cours, novembre 2006.

La première tendance de modèle d'apprentissage est dite **transmissive**, c'est la plus ancienne. Les étudiants doivent sans cesse acquérir de nouvelles connaissances. Ces connaissances sont objectives et communicables à travers deux médias : le visuel et le langagier. C'est l'enseignant par son discours qui va transmettre le savoir. Il n'y a pas de mise en jeu de la cognition de l'étudiant, celui-ci absorbe simplement le savoir transmis par le formateur.

La deuxième grande tendance est le **Béhaviorisme**. Il dérive de l'**Empirisme** d'Aristote (384-322 av J-C, philosophe) où toute connaissance vient de l'expérience de l'individu. Il dérive aussi des **théories associationnistes** qui décrivent le mode d'organisation des idées. Elles sont à l'origine du Béhaviorisme et de toute la psychologie moderne. Pour expliquer l'apprentissage, les théoriciens associationnistes posent les bases de l'apprentissage :

- l'apprentissage est la conséquence de la réponse (c'est du questionnement que naît l'apprentissage)
- et le rejet de concepts résumant le comportement à des processus d'ordre mental donc internes. (les comportements sont des réponses induites par l'environnement).

Ils établissent tous le rôle des connaissances antérieures et de la mémoire dans l'élaboration de mécanismes d'association et d'addition, pour définir une structure de réponse répondant au mieux au nouveau stimulus. Pour **Burrhus Frederic Skinner** (1904-1990, théoricien du conditionnement opérant) **les connaissances sont assimilées par paliers, pour un renforcement des structures mentales** ⁷⁵. Pour franchir un nouveau palier de connaissance, il y a mise en place d'une récompense à chaque fois que l'étudiant a la bonne réponse. Et pour restreindre les erreurs à des manques aisément compensables, les paliers sont rendus les plus petits possibles, la progression entre chacun d'eux se faisant alors plus facile. Les erreurs sont moins synonymes d'échec et l'apprentissage devient moins ardu. Ce qui reste de l'apprentissage pour l'individu, c'est la constante évolution, ce qui constitue un cheminement valorisant. Le formateur va, à travers son enseignement, ses cours et ses exercices, induire une progression de l'élève dans son développement. Il réorientera l'étudiant si besoin pour lui permettre de franchir un nouveau palier. Le *renforcement positif* de l'élève constitue le point clé de cette méthode d'apprentissage. Une fois assimilé, **le principe de récompense réduisant le comportement adapté** de l'étudiant à un stimulus, l'apprentissage de ces différents comportements est plus simple. De ce fait le Béhaviorisme a conduit au développement de la *Pédagogie de maîtrise* qui reste encore aujourd'hui le modèle employé dans de nombreuses formations. Il est utilisé **un enseignement progressif, séquencé et cyclique, où les tests sont**

⁷⁵ «La révolution scientifique de l'enseignement » de B F Skinner, éd Dessart, 1968.

formateurs, où le test final est amené progressivement et préparé en comblant les lacunes au fur et à mesure. Que ce soit dans le modèle transmissif ou le béhavioriste, aucune de ces deux théories n'est abordée sur le plan de la connaissance. **Les élèves restent passifs** devant cette progression linéaire de l'apprentissage conduit par leur professeur.

De ce fait, ces deux tendances sont très critiquées et peu à peu les théoriciens développent des méthodes prenant en compte **le cognitif** dans le processus d'apprentissage. Pour expliquer l'apprentissage, **les cognitivistes** s'intéressent aux mécanismes internes responsables de l'apprentissage et de la connaissance. **Ils comparent le cerveau de l'homme à un ordinateur compliqué, alors que les béhavioristes ont pour modèle la psychologie animale et les transmissifs celle d'une boîte vide qu'on remplit.**

D'autres théories prennent également en compte les interactions du sujet avec son environnement dans le processus d'acquisition des connaissances et, en fait, dans la construction de ses connaissances, c'est le **Constructivisme**. Dans le Constructivisme, il est établi que **l'individu utilise les expériences vécues avec son environnement pour apprendre.** C'est en fonction de ses constructions mentales que l'individu va pouvoir s'adapter aux nouvelles situations, élaborer les nouveaux savoirs et cela activement. La cognition de l'individu et ses interactions avec son environnement lui permettent de se construire et de comprendre son univers. Les savoirs ne sont plus objectifs et extérieurs à l'individu qu'il soit enseignant ou élève. L'enseignant n'est plus qu'un simple répétiteur de savoir objectif ou chosifié. C'est le passage d'une pédagogie de la réponse à une pédagogie de la question.

« toute leçon doit être une réponse à des questions que les élèves se posent réellement »

(John Dewey) ⁷⁶

1.2. **Théories de l'apprentissage** ⁷⁷

Il existe différentes théories de l'apprentissage comme il existe différentes méthodes pour expliquer le développement cognitif. Rien qu'en France les références théoriques en matière de psychologie d'apprentissage et de développement de l'être humain sont multiples. Ainsi, existent le *Programme d'Enrichissement Instrumental (PEI)* de Reuven Feuerstein ⁷⁸, les

⁷⁶ « Human nature and conduct : an introduction to social psychology » de John Dewey, éd Bibliobazaar, 2009 et Democracy And Education de John Dewey, éd Cambridge Scholars Publishing, 2009.

⁷⁷ « Méthodes de développement cognitif et théories de l'apprentissage » de Dominique Camusso, Paysages éducatifs, Emploi et développement cognitif, mars 2008.

⁷⁸ « Pédagogies de la Médiation. autour du P.E.I pédagogies de la médiation. autour du P.E.I » de Reuven Feuerstein, éd Chronique Sociale, 1990.

Ateliers de Raisonement Logique (ARL) de P.ierre Higelé ⁷⁹, *Tanagra* d'Henri Jean Cottin et Yves Pimor ⁸⁰ et *Les Cubes* de Pierre Mialet ⁸¹. Mais en étudiant les différentes théories, on se rend compte qu'elles sont intimement liées, déterminant finalement l'existence de bases communes. Plusieurs de ces méthodes se situent dans la lignée de la théorie de **Jean Piaget** ⁸²(1896-1980, théoricien du Constructivisme). Avant lui, trois concepts fondamentaux et classiques sont évoqués comme **facteurs de développement : l'environnement social, l'expérience, la maturation**. Mais Jean Piaget établit qu'il existe **un quatrième concept : l'équilibration** qui définit le remaniement actif et constant des structures psychologiques de l'individu pour permettre le passage à un palier supérieur.

En plus d'être un modèle employé et développé par les psychologues théoriciens de l'apprentissage, en plus d'être un modèle reconnu et appliqué ⁸³, le modèle de Jean Piaget laisse apparaître des analogies avec le concept ostéopathique développé par Andrew Taylor Still. Cette **recherche de l'équilibre par l'unité psychique de l'individu, cette plasticité adaptative**, c'est le maintien de l'homéostasie et son autorégulation présentés par Andrew Taylor Still.



Skinner
(1904-1990)



Piaget
(1896-1980)



Vygostky
(1896-1934)



Feuerstein
(né en 1921)



Wallon
(1879-1962)



Dewey
(1859-1952)

⁷⁹ « Ateliers de Raisonement Logique, 6e édition » de P Higelé et G Hommage et E Perry, éd Jonas Formation, 1997.

⁸⁰ « Pratiques nouvelles en éducation et en formation ; Tanagra » d'H.J. Cottin et Y. Pimor, éd L'Harmattan, 1994, p 429.

⁸¹ « Les Cubes » méthode de P. Mialet, 1986.

⁸² « L'épistémologie génétique » de J Piaget, Presses universitaires de France, 1970.

⁸³ « À propos du constructivisme et de l'éducation » de Marie Larochelle et Nadine Bednarz, Revue des sciences de l'éducation, vol. 20, n° 1, 1994, p. 5-19.

Dans le modèle piagétien, **développement cognitif et développement biologique sont dépendants**. Des types d'apprentissages sont propres à chaque stade atteint mais, ainsi, notre capacité d'apprentissage est limitée aux capacités d'apprentissage du stade. Le développement des capacités d'apprentissage à l'âge adulte ne serait plus possible, celles-ci ne sont donc plus prises en compte dans le modèle explicatif de l'apprentissage. De plus, Jean Piaget différencie aussi les connaissances qui sont l'objet de l'apprentissage, des structures cognitives qui sont l'objet du développement. Il définit plusieurs étapes à ces deux développements qui se succèdent chronologiquement et aboutissent à un état stable. Au delà de l'état le plus élevé, celui de l'intelligence opératoire formelle (entre 12 et 15 ans), l'individu mobilise sa pensée et utilise les moyens d'apprentissage déjà mis en place. Après 15 ans, on ne se développe plus, on apprend. Cette position originelle de Jean Piaget a été remise en question et a évolué avec la notion de *décalage* établie par Jean Piaget lui-même. Le *décalage* est l'utilisation d'un même processus formateur à des âges différents, une même étape de développement pour différents paliers.

Le modèle de Jean Piaget comporte néanmoins l'idée importante selon laquelle **l'individu utilise des filtres préétablis pour interagir avec son environnement et assimiler les données de la réalité qui l'entoure**. Pour Jean Piaget, ces outils opératoires évoluent durant le développement dans un « *processus itératif d'assimilation - accommodation permettant une recherche d'équilibre entre le sujet et son milieu* », l'*assimilation* étant le processus d'intégration d'un élément de l'environnement dans la structure mentale du sujet sans destruction de la structure. Si le sujet voit sa structure mentale modifiée par l'élément environnemental, on parle alors d'*accommodation*.

Pour **Lev Vygostky**⁸⁴ (1896-1934, théoricien du Socioconstructivisme) l'apprentissage précède le développement mais les deux sont néanmoins indissociables. La différence entre apprentissage et développement n'est pas dans leur objet comme chez Jean Piaget mais plutôt dans les conditions d'exercice. En effet, **l'apprentissage nécessite un interlocuteur**, alors que le développement résulte d'une activité cognitive personnelle. L'apprentissage est donc basé sur des connaissances mais aussi sur des notions et des concepts propres au sujet.

Durant l'apprentissage, le sujet est mis en présence de préconcepts qui par généralisation et décontextualisation lui permettent de produire des concepts. Pour passer d'un préconcept à un concept, il s'agit pour le sujet de trouver comment employer ces outils à des applications qui lui sont propres. Les préconcepts sont des mots employés par le formateur qui font sens en

⁸⁴ « Conscience, Inconscience, Emotions » de L. Vygostky, éd La Dispute, 2003.

l'étudiant. Lev Vygotsky établit là **une dimension sociale essentielle aux processus cognitifs qui permettent l'apprentissage.**

De nombreux auteurs (Guy Brousseau ⁸⁵, Michel Gilly ⁸⁶, Véronique Rivière ⁸⁷, Bernard Schneuwly ⁸⁸) vont développer **l'importance des interactions dans le processus d'apprentissage** : c'est ce qui définit le Socioconstructivisme. Pour eux, l'acquisition d'une connaissance passe par un processus qui va du social (*connaissances interpersonnelles*) à l'individuel (*connaissances intrapersonnelles*), et cette nouvelle connaissance sera subjective (propre à l'individu) ou objective (commune à un groupe). Bien entendu, une connaissance individuelle pourra devenir commune au groupe, de ce fait les interactions sociales permettront une modification des connaissances de base du groupe, ce qui rend ces interactions sociales primordiales.

Reuven Feuerstein ⁸⁹(né en 1921, théoricien de l'enseignant comme médiateur) établit une méthode d'intervention mais aussi un modèle théorique du développement. Il fait intervenir la possibilité d'une modification de la structure cognitive par l'expérience d'*apprentissage médiatisé* (de Jean Piaget). Cet apprentissage est développé à partir d'une observation empirique des pratiques que l'on veut transmettre. L'apprentissage précède donc, ici encore, le développement (de Lev Vygotski), à la condition que l'expérience d'apprentissage utilise une phase transitoire couplée à la zone proximale de développement (de Lev Vygotski) et que le sujet soit guidé dans son apprentissage.

En formation d'ostéopathie, la nécessité de passer par un cursus de longue durée est forcément due à l'importance des connaissances à assimiler par le futur praticien, mais d'après les théories de l'apprentissage évoquées, c'est aussi **le moyen de laisser du temps à l'étudiant d'assimiler des concepts qui lui sont jusque là inconnus et qui feront partie de cette boîte à outils qui sera la base de sa future pratique professionnelle.**

Avec l'évolution des recherches en Neurosciences ⁹⁰, le pédagogue, à l'origine surtout psychologue, se sert de connaissances biologiques et anatomiques pour expliquer les développements de l'individu. Les moyens d'investigation cérébrale modernes aidant, le pédagogue est devenu psychophysiologiste et, avec le Constructivisme et la modélisation des

⁸⁵ « Théorie des situations didactiques, textes rassemblés » de Guy Brousseau, éd La Pensée Sauvage, 1998.

⁸⁶ « Apprendre dans l'interaction : analyse des médiations sémiotiques » de Michel Gilly, Jean Paul Rous, Alain Trognon, éd Presses Universitaires Nancy, 1999.

⁸⁷ « L'activité de prescription en contexte didactique. Analyse psycho-sociale, sémio-discursive et pragmatique des interactions en classe de langue étrangère et seconde » Thèses de Véronique Rivière, Université de la Sorbonne nouvelle, Paris III, 2006.

⁸⁸ « Sciences de l'éducation 19^{ème}-20^{ème} siècles. Entre Champs professionnels et champs disciplinaires » de Bernard Schneuwly et Rita Hofstetter, éd Peter Lang, 2001.

⁸⁹ « La Pédagogie Feuerstein ou la pédagogie à visage humain » de Reuven Feuerstein, éd Le bord de l'eau, 2009.

⁹⁰ « Neurosciences » de Nicole Boisacq Schepens et Marc Crommelinck, éd Dunoo, 2004.

fonctions cognitives ⁹¹, **certains savent ou tentent de décrire un modèle de développement en se basant sur la neuroanatomie de l'individu** ⁹².

1.3. **Imitation, outil du développement cognitif**

Aux premiers temps du développement, l'individu ne conçoit pas la permanence des objets qui habitent son environnement. Ses interactions et ses comportements se définissent par leur caractère pratique. **L'intelligence pratique ne permet que d'élaborer des actions conditionnées à un stimuli donné.**

Le développement de **l'intelligence représentative** survient lorsque l'individu finit par intégrer la condition persistante des choses et qu'il peut se rendre compte qu'il peut agir sur des objets qui l'entourent. Les choses sont persistantes, elles évoluent dans le temps, et **l'action qu'il peut leur induire les fait évoluer dans l'espace.** L'organisation de soi et de l'environnement dans l'espace et le temps est alors assimilée. Et avec l'intelligence représentative, s'élaborent les structures opératoires de la pensée.

Pour **Henri Wallon** ⁹³(1879-1962, initiateur de l'étude du développement cognitif et du développement émotionnel), durant cette période du développement, **l'intelligence s'intériorise en pensée.** Peu à peu les objets de l'environnement de l'individu revête un caractère symbolique avec une différenciation signifiant-signifié. L'individu évoque alors des objets absents en utilisant leur signifiants différenciés. **L'intelligence discursive (intelligence représentative) pour Henri Wallon, marque la fin de l'intelligence pratique.** Pour Jean Piaget, les deux intelligences se succèdent et ce qui a été intégré avec l'intelligence pratique est transmis à l'intelligence discursive, le développement de l'action sert le développement de la pensée. Pour Henri Wallon, il y a rupture mais il évoque tout de même **l'utilisation de l'imitation pour permettre le passage du sensorimoteur au représentatif.** Le passage entre les deux paliers de l'intelligence pratique et de la pensée passe alors par un état d'équilibration majorante.

L'imitation reste un moyen d'équilibration majorante, un lien entre deux paliers de développement cognitif. Dans l'apprentissage de la thérapeutique manuelle qu'est l'Ostéopathie, il y a nécessité de passer par la répétition du geste, pour acquérir la précision et développer une perception fine ⁹⁴. En fait, l'imitation est là une des modalités nécessaires de l'apprentissage, elle

⁹¹ « Intérêt et approche ostéopathique du cortex préfrontal » d'Éric Coquand, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Ostéopathie, 1999.

⁹² « Neuroanatomie clinique et neurosciences connexes » de MJT Fitzgerald, éd Maloine, 2003.

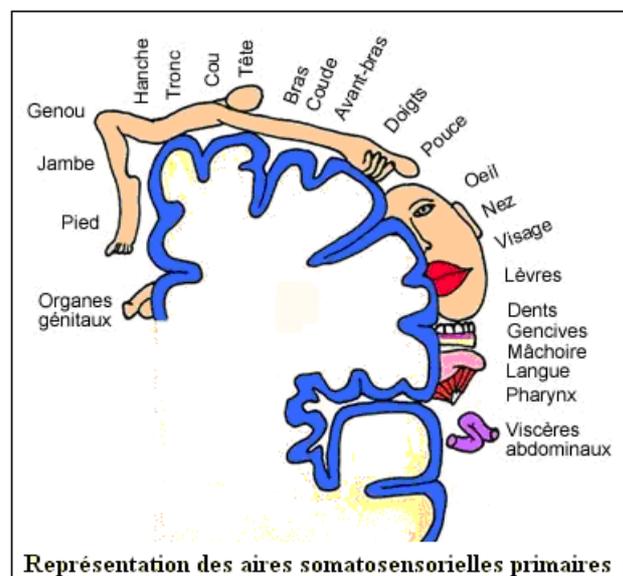
⁹³ « L'évolution psychologique de l'enfant » de Henri Wallon, éd Armand Colin, 2002.

⁹⁴ « Techniques de manipulation des os du crâne et de la face ; Introduction » de Alain Géhin, éd Deverlaque,, p10.

peut être mise en place selon deux modes : l'**imitation sensorimotrice** (ou immédiate) et l'**imitation différée**⁹⁵. Celle-ci implique une représentation des choses qui, pour Henri Wallon, différencie l'homme de l'animal, il ne s'agit plus d'une intelligence sensorimotrice répondant à des stimuli, l'individu met désormais en place une intelligence représentative au service de son développement cognitif.

2. Développement sensoriel : comment apprendre à écouter ?

L'individu développe sa connaissance du monde à travers l'environnement qui est à portée de main. Le contact peau à peau, les thérapeutiques manuelles sont des moyens employés durant la grossesse et en post-partum pour faciliter l'adaptation de l'enfant nouveau-né à son environnement.



Le développement sensitif est distingué du développement cognitif : on parle d'apprentissage pour le développement des fonctions cognitives, il est préférable de parler de *maturation* pour le développement sensitif. La maturation désigne un développement de structures anatomophysiologiques et de systèmes de commande et de régulation sous le contrôle du programme génétique.

L'usage du toucher dans les thérapies manuelles comme l'Ostéopathie impose une bonne qualité du toucher, une maturation de la perception palpatoire⁹⁶. Le diagnostic notamment, à la fois art et science, fait du thérapeute un habile détective capable, à partir d'un ensemble de renseignements, d'évaluer le patient. Ces renseignements sont obtenus par l'interprétation de

⁹⁵ « Wallon et Piaget ; Pour une critique de la psychologie moderne » d'Emilie Jalley, éd L'Harmattan, p143.

⁹⁶ « L'Ostéopathie crânienne » de Léopold Busquet 5ième édition, éd Frison Roche, conclusion . (p435-436).

données obtenues scientifiquement (objectif) et par l'utilisation de connaissances personnelles (subjectif). C'est donc un diagnostic de nature subjectif qui est formulé.

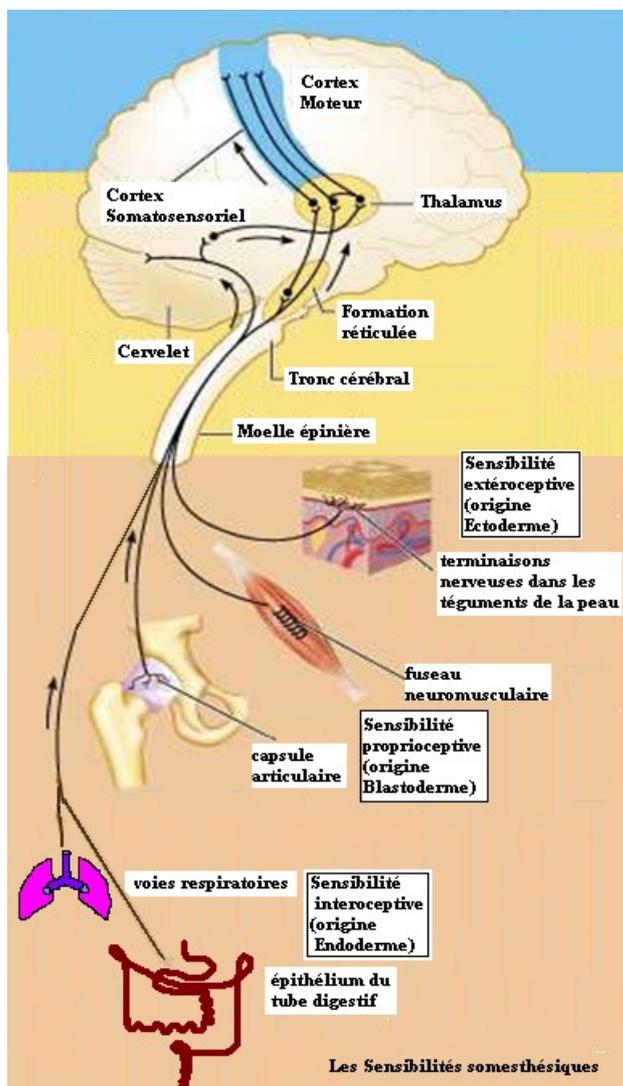
Classiquement, il y a ce que le patient croit (guidé par sa raison), ce que le praticien croit (guidé par ses connaissances scientifiques), et ce que le corps sait. Pour un diagnostic plus exact, l'ostéopathe a recours à sa perception palpatoire et utilise ses interactions avec le corps du patient. C'est de la précision de la perception du praticien, de ce que le corps du patient va lui transmettre, que dépendra la qualité des informations dont disposera le thérapeute pour déterminer son diagnostic.

Il s'établit au niveau cortical une représentation des différents territoires cutanés qui est proportionnelle au nombre de récepteurs présents dans chaque territoire et à la précision de ses champs récepteurs. « *Les mains sont capables d'être éduquées et leur potentiel moteur et sensitif peut s'enrichir presque à l'infini, grâce à l'apprentissage et à l'imitation* » (Jean Hubert Levame⁹⁷). Il en résulte une disposition somatotopique du cortex somesthésique primaire. Le territoire réservé aux perceptions des mains et de la face par rapport au reste du corps y est important. Cette topographie corticale évolue en fonction de l'information sensorielle reçue, plus elle est importante et récurrente plus le territoire alloué est grand. Le vécu, la sommation des expériences palpatoires améliore le ressenti palpatoire⁹⁸. **On peut donc développer son toucher en apprenant.** En effet en répétant les gestes de la pratique ostéopathique, il se développe un agrandissement du territoire alloué au niveau cortical permettant ainsi une plus grande précision dans la perception.

2.1. Les voies sensitives et sensorielles comme source d'informations

⁹⁷ « Rééducation des traumatisés de la main » de Jean Hubert Levame, éd Arche Avers Sur Oise, 1965.

⁹⁸ « Perfectibilité de la main (essai de validation de l'apprentissage palpatoire) » de Eric Delion, Philippe Gicquel, Malo Richeux, Travail de fin d'études en ostéopathie, Centre de documentation et d'information de l'Académie d'Ostéopathie (AO).



L'éventail de perceptions qui est intégré par le praticien au cours de sa pratique est très important. En effet, en plus de son **toucher épicrotique** employé à la palpation, l'ostéopathe peut employer les **perceptions thermo-algique, baresthésique, pallesthésique** pour affiner son diagnostic en accumulant les informations sur le tissu observé. Il se servira également des informations sur **sa propre position dans l'espace** en plus de l'évolution des **mouvements fins induits par le patient**. Autant de la proprioception que de la perception palpatoire, va découler l'évaluation par l'ostéopathe de la mobilité des tissus du patient, de leur motilité. C'est de cette mobilité/motilité que l'ostéopathe, en phase avec la notion de lésion ostéopathique, déterminera un diagnostic ostéopathique.

2.2. Le toucher comme mode de communication

2.2.1. Le toucher social ⁹⁹

⁹⁹ Le monde corporel ; De la constitution interactive de soi » de Bernard Andrieu, éd L'âge d'homme, 2010.

Une thérapeutique manuelle implique nécessairement l'utilisation du toucher. Avec l'essor des nouvelles thérapeutiques manuelles, le toucher en médecine n'est plus juste une modalité dans l'exercice d'un simple examen palpatoire superficiel ou d'un traitement en kinésithérapie. On renoue avec l'usage de la main du praticien comme un véritable outil diagnostique accompagnant toute la démarche thérapeutique avec un examen palpatoire, un diagnostic tissulaire plus ou moins profond, un traitement et avec la vérification de l'efficacité du traitement ¹⁰⁰.

Dans le monde d'aujourd'hui, le toucher n'est pas un mode d'interaction entre individus qui est spécifique aux thérapeutiques manuelles. Des modalités du toucher se retrouvent dans les interactions sociales, et tendent, pour certaines seulement, vers des processus de dérive sociale. En effet, l'étude de nouveaux comportements, de leurs implications tant psychologique que physiologique, montrent que des expériences sensorielles comme des implants, des percings et autres sextoys peuvent mettre en place des modifications des structures cognitives. Dans ces pratiques, le soi se recompose autour d'un objet et de l'expérience qu'il procure. **De ce renouveau dans l'expérience du soi découle automatiquement un renouvellement de l'expérience des autres, de l'environnement de l'individu.** Cette réorganisation du soi induit une perte des expériences passées et la nécessité de combler ce gouffre à travers la perception tactile de nouvelles expériences toujours plus intenses.

Avec le développement de sa main, **l'élève ostéopathe va connaître une réorganisation mnésique de son individu et cela peut susciter des interrogations et des réactions émotionnelles intenses.** Cela induit la nécessité de prendre en compte ce phénomène dans l'accompagnement de l'étudiant dans cet apprentissage. Que ce soit dans l'apprentissage du toucher, ou que ce soit dans sa pratique quotidienne, l'ostéopathe devra bien prendre soin que si le toucher est un moyen d'interaction bien domestiqué pour lui, pour son patient ce peut ne pas être le cas, car le toucher est malgré tout un média quelque peu délaissé dans notre société moderne.

L'émergence de thérapies manuelles est largement établie, les gens y trouvent une alternative à une médecine chimique et mécanique en renouant avec le geste palpatoire du rebouteux d'antan ou du masseur d'aujourd'hui. Le massage libère du stress en travaillant la peau. La philosophie holiste des médecines manuelles oubliées d'Occident, ou délaissées de l'Orient, connaît un grand retour depuis les années 70 avec, notamment, l'Ostéopathie.

¹⁰⁰ Le crâne et la santé de Bernard Gabarel et Bernard Barillon, éd. Le courrier du livre.. Avant propos de Claude Bernard (p10-11).

Michel Maffesoli ¹⁰¹ (né en 1944, sociologue français) décrit en 1993, avec son modèle social de *Post-modernité* ¹⁰², introduit l'utilisation du toucher par les individus pour échanger les actions et percevoir la réalité de la société. Se développent alors des activités sociales mettant en jeu cette promiscuité tactile pour resserrer les rangs du groupe à travers les émotions que le toucher véhicule. L'écologie, la musique, la solidarité humaine sont autant de terrains favorables à ce mode de communication tactile.



Michel Maffesoli

L'ostéopathe à travers sa thérapeutique manuelle va permettre la mise en évidence de niveaux d'intervention encore mal perçus, comme les niveaux émotionnels, et il devra prendre soin de ne pas franchir les limites de ses compétences tant au niveau psychologique qu'énergétique ¹⁰³. À chaque nouveau patient, le praticien devra maîtriser l'impact de sa thérapeutique manuelle sur son patient. En effet il devra moduler son approche du patient qui possède son identité propre. Puis le corps du patient va livrer des informations sur un mode subjectif que le praticien devra comprendre. ¹⁰⁴ Toute une mise en place et une analyse qui vont impliquer de la part de l'ostéopathe une grande dextérité tant sur le plan du toucher physique que sur le plan du toucher verbal, ce qui sous-entend le caractère social de la pratique ostéopathique. Sur un plan pédagogique, cette subjectivité de chacun sur un niveau perceptif doit être prise en compte. Chaque élève ostéopathe apprendra selon son rythme et ses sensibilités, l'enseignant devra jouer avec l'ensemble des subjectivités du groupe pour maintenir l'homogénéité.

2.2.2. L'art de toucher : analogie au toucher piano ¹⁰⁵

¹⁰¹ « La contemplation du monde » de Michel Maffesoli, éd Le livre de poche 1996.

¹⁰² « L'analyse Postmoderniste » de Yves Boisvert, éd L'Harmattan, 1997.

¹⁰³ « L'homme , le crâne, les dents ; Notions de corps physique, éthérique, astral, mental, causal » de Michel Clauzade et Bernard Darailans, éd SEOO, p51-77.

¹⁰⁴ « Techniques ostéopathiques crâniennes ; Lésion ostéopathique crânienne » de Alain Géhin, éd Masson, p113-118.

¹⁰⁵ http://toucher-piano.com/M_Sommaire.html , Le toucher et la technique au piano.

Les mains sont à la fois les organes de la préhension et du toucher. Elles permettent de saisir des objets, de les identifier en fonction de leur température, leur densité, leur forme, leur texture. Dans bien des pratiques professionnelles ce sont de véritables outils de précision, notamment dans des disciplines artistiques où le geste précis applique une technique et tend à la qualité de celle-ci. L'Ostéopathie est un de ces arts manuels, avec un ostéopathe à la fois artisan et artiste. On distingue ces deux facettes par leur finalité. **L'artisan recherche une production utile au quotidien de la vie, c'est le bien-être du patient. L'artiste recherche une production manifestant la spiritualité de l'individu, c'est la philosophie de l'Ostéopathie.** Dans les deux cas les mains sont les moyens d'expression de la pensée, qu'elle soit technique ou spirituelle.

Prenons un autre artiste, le pianiste, son toucher est conçu et développé autour d'ensembles de gestes techniques. Ceux-ci ont différentes caractéristiques propres considérant la pulpe du doigt, le dos, les épaules, les bras, les poignets, les mains, le bassin, les jambes et les pieds. C'est la perception tactile du doigt qui permet au pianiste de prendre conscience du contact avec le clavier. La technique de l'artiste comprend alors action de toucher et réaction sonore qui sont indissociables, c'est la correspondance établie d'une attitude physique et du son qu'elle entraîne. Au piano l'action de toucher désigne ce que les pianistes appellent l'attaque, et la manière de toucher correspond à la qualité du toucher. Dans le dictionnaire musical de **Marc Honegger**¹⁰⁶ (1926-2003, musicologue et chef d'orchestre), **le toucher est défini comme un élément important de la technique instrumentale mais il est aussi partie intégrante de l'expressivité du musicien.** Le toucher reste tributaire de sa qualité, de la manière de toucher, c'est en effet d'elle que dépendra la beauté du son joué.

La recherche d'une qualité de toucher implique nécessairement **l'importance de la précision dans le geste.** Celle-ci renvoie aux capacités perceptives tactiles du musicien. Le pianiste touche son instrument avec la conscience du matériau qui est sous ses doigts et il associe le toucher au plaisir sensuel, plaisir de manipuler une matière et/ou plaisir de jouer d'un instrument de musique. **Charles Rosen** (né en 1927, musicologue et pianiste) dit même que « *jouer d'un instrument est un plaisir physique, musculaire ... le fait d'imaginer les sonorités contribue au plaisir de jouer, mais le plaisir principal est celui du contact physique avec l'instrument* ».

¹⁰⁶ « Dictionnaire de la Science de la Musique » de Mark Honneger, éd Bordas, 1977.



Marc Honegger (1926-2003)



Charles Rosen

Il est intéressant de transposer ce que l'on dit du musicien à l'ostéopathe. En effet, que ce soit au moment de la mise en place de la technique ou de son application, on retrouve des similitudes. Et l'analogie donne sa dimension artistique à l'Ostéopathie qui se poursuit au-delà du geste artistique : **comme tout art manuel on appréhende et on enseigne ses techniques selon un protocole particulier.**

2.2.3. La Gestalt-théorie : psychologie du toucher ¹⁰⁷

Certains théoriciens psychologues du XIX^{ème} siècle développèrent une théorie de l'apprentissage basée sur l'organisation perceptive. Gestalt vient de l'allemand et signifie forme globale ou forme organisée. Les théoriciens de cette théorie sont allemands et issus du mouvement de pensée dit de l'*Ecole de Berlin* (Wertheimer, Koffka et Köhler). Les gestaltistes sont opposés aux théoriciens associationnistes.

La Gestalt-théorie eut un impact important sur la compréhension des perceptions et fut à l'origine de nombreuses méthodes d'apprentissage. Elle désigne un découpage de la perception immédiate en unités globales, en structures. Ces concepts de base plutôt de nature empirique permettent d'établir un développement cognitif basé sur la perception qu'a l'individu de son environnement. **C'est le champ sensoriel qui a tendance à imposer sa propre organisation, prévalent sur celle de la structure.** La perception d'un individu de son environnement dépend donc de ses perceptions, de la façon dont il ressent et touche son environnement. De ce fait les structures mises en place précédemment vont agir sur la configuration du nouveau stimulus et donc entraîner l'organisation de la nouvelle forme du nouveau schéma. Ainsi toutes les parties du nouvel objet ne sont pas perçues et les parties perçues sont interprétées par l'individu, on peut alors se demander si le schéma obtenu n'est pas que symbolique, en tous cas il est subjectif.

¹⁰⁷ « Gestalt thérapie » de Prels, Hefferline et Goodman, éd Stanké, Montréal, 1979.

2.3. Le toucher en Ostéopathie

2.3.1. **Fiabilité de la palpation en Ostéopathie**¹⁰⁸

Il y a eu différentes études effectuées pour déterminer la fiabilité de la palpation en Ostéopathie. Ces études sont basées sur des protocoles scientifiques établis, pour permettre une cohérence et une reconnaissance des résultats par l'ensemble des autorités scientifiques.

Plusieurs études établissent le manque de fiabilité dans la validation de palpation inter-juge (différents praticiens sur un même patient) en Ostéopathie. Mais de la même manière un certain nombre d'articles sous-entendent la présence dans les protocoles expérimentaux de différents éléments qui induiraient des erreurs dans ces résultats et donc permettraient d'annuler les conclusions qui s'en sont suivies.

En effet les protocoles expérimentaux, basés sur des référentiels de médecine traditionnelle, ne prendraient pas en compte tous les éléments conceptuels et philosophiques ostéopathiques dont découleraient pourtant des données physiologiques importantes à prendre en compte.

Un modèle expérimental complet inclut un certain nombre de paramètres qui même mis en place ne sont pas suffisants. L'étude se trouve toujours tronquée par l'omission de certaines bases conceptuelles de l'Ostéopathie. En effet le protocole expérimental ne prend en compte que des éléments propres à l'individu étudié, l'expérience ne prend en compte **les praticiens que comme des outils calibrés à l'identique**, au même mode d'action et au même langage. De plus l'analyse des données suit un protocole lui aussi propre à être validé par des autorités scientifiques.

Les résultats ne valident pas l'existence d'une palpation ostéopathique fiable bien qu'ils démontrent l'aspect multidimensionnel de la palpation, et sous-tendent que le grand nombre d'éléments pris en compte dans l'expérience implique la possible absence d'autres données.

Il est certain qu'une telle approche de la palpation inter-juge ne prend pas en compte les paramètres intra-juge¹⁰⁹. **L'ostéopathe est tout comme son sujet, un individu unique, leur interaction reste alors unique.** Le référentiel d'une étude à plusieurs praticiens ne prenant pas en compte les paramètres subjectifs de ceux-ci ne peut être que faussé. Une étude de la palpation en ostéopathie devrait comprendre la vérification de l'universalité du langage employé et

¹⁰⁸ « Modèle expérimental de validation de palpation inter juge » de Jean-Philippe Loew, Collège d'études ostéopathiques de Montréal, 2006.

¹⁰⁹ « Diagnostic ostéopathique général ; Objectivité des sensations » de Alain Croibier, éd Elsevier, 2005, p62-70.

prendre en compte autant les paramètres subjectifs qu'objectifs de la palpation. Ce qui n'est pas chose aisée et qui n'a pu être mis en place pour le moment. Ou bien elle devrait être abordée autour d'une évaluation globale issue du recoupement de plusieurs tests spécifiques, et d'un langage ostéopathique précis.

2.3.2. Qualité de la sensibilité palpatoire de l'ostéopathe ¹¹⁰

Une étude ne prenant en compte que des références médicales classiques ne peut permettre une évaluation de la qualité du toucher en Ostéopathie. Des études se sont donc attachées à déterminer si il y avait une différence dans la perception de la sensibilité palpatoire chez les étudiants en Ostéopathie. Toute sa vie professionnelle durant, le praticien va évoluer dans ses perceptions, mais dans quelles mesures et avec quelles disparités d'un praticien à l'autre ¹¹¹ ? Durant la formation en Ostéopathie, **les étudiants d'une même promotion développent leur perception à des rythmes différents, suivant des évolutions plus ou moins rapides**. Se pose la question de déterminer ce qui conditionne cette évolution et quels sont les paramètres à établir pour mieux appréhender ce développement sensitif qui conditionne la pratique ostéopathique ¹¹².

Des recherches qualitative et descriptive ont été mises en place auprès d'étudiants en Ostéopathie, pour effectuer un profil de la perception palpatoire rencontrée chez des étudiants en Ostéopathie et de l'évolution de cette perception durant leur formation. Du profil type de l'évolution de la sensibilité palpatoire des étudiants en Ostéopathie on peut mieux comprendre cette évolution : les notions de mentalisation, d'intellectualisation, de laisser-aller, les passages obligés de période de latence dans l'apprentissage des perceptions, des différents ressentis, des différentes manières d'analyser le ressenti ¹¹³. Tous ces éléments montrent la pluralité des individus. Même pour un sens se développant durant la période intra-utérine et donc fonctionnel à l'âge adulte, il existe une grande disparité dans le développement ultérieur du toucher des individus. Il revient alors à l'enseignant la tâche difficile de guider le plus grand nombre vers un développement positif en utilisant la méthode adaptée. Ces différentes études apportent souvent aux enseignants des points de repères pour évaluer l'impact de leur enseignement sur le développement de la palpation. Elles permettent aux enseignants, de trouver les moyens de

¹¹⁰ « Étude qualitative sur la sensibilité palpatoire des étudiants en ostéopathie » de Aude de Blois, Collège d'études ostéopathiques de Montréal, 2005.

¹¹¹ « Perfectibilité de la main (essai de validation de l'apprentissage palpatoire) » de Eric Delion, Philippe Gicquel, Malo Richeux, Travail de fin d'études en ostéopathie, Centre de documentation et d'information de l'Académie d'Ostéopathie (AO).

¹¹² « Approche tissulaire en Ostéopathie ; Disciples de Colomb : Développement de la palpation » de P. Tricot, support de cours, 2002, p12 à 19.

¹¹³ « Le crâne ostéopathique : étude comparée d'anatomie ; Préface de P. Tricot » de Alfonso Gomez de Fransisco, éd Sully, 2006,p15 -17.

rassurer les étudiants quand à leur forces et faiblesses, et de mieux les soutenir dans leur formation.

« *Le sens du toucher est sans doute le plus grand atout d'un ostéopathe et ses possibilités d'avancer professionnellement sont directement proportionnelles à sa capacité de développer ce sens* » (Harrisson Fryette ¹¹⁴)

2.3.3. Influence de l'intention sur les tissus du patient ¹¹⁵

L'approche ostéopathique de l'individu, holistique, nécessite d'importantes connaissances anatomiques, une grande précision dans l'application des tests et techniques, mais également un travail de chaque praticien sur lui-même ¹¹⁶.

En effet il existe un domaine propre à l'esprit qui implique une prise en compte et un contrôle indispensables, c'est l'intention. Lors du traitement, celle-ci va avoir une influence mesurable sur les tissus du patient que ce soit sur un plan positionnel, de mobilité ou de motilité. Différentes études expérimentales ont cherchés à mesurer objectivement ces modifications en utilisant un grand panel de patients, des protocoles scientifiques approuvés et largement usités.

Les études effectuées tendent à prouver que l'intention du thérapeute a une influence normalisante sur les tissus du patient. Il est facile pour un ostéopathe de sentir la zone du corps d'un individu que vient juste de traiter un autre praticien. De même par son esprit le praticien va déjà entraîner des changements observables et mesurables dans la physiologie du patient. Certains diront que ces changements s'effectuent sous l'effet d'un traitement du plan énergétique, vibratoire, d'autres diront que cette intention induit dans les mains du praticien la motilité nécessaire au traitement. Dans tous les cas l'induction demeure un domaine important dans le traitement ostéopathique. L'ostéopathe doit nécessairement se mettre en présence, s'impliquer dans son traitement.¹¹⁷ Celui-ci ne doit pas consister en une suite de mouvements et de gestes, l'esprit est sollicité au travers des mains qui pensent.

3. Développement émotionnel : comment apprendre à ressentir ? ¹¹⁸

3.1. Lien émotion et comportement

¹¹⁴ « Principes de la technique ostéopathique » de H. H. Fryette, éd Frison Roche, 1988.

¹¹⁵ « L'influence de l'intention du thérapeute sur les tissus du patient » de Christian Bérubé, thèse du Collège des études ostéopathiques de Montréal, 2008.

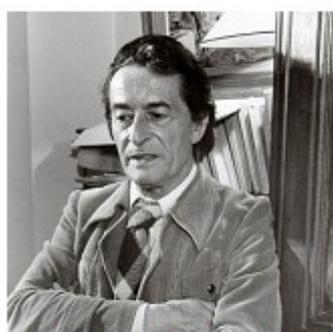
¹¹⁶ « Techniques de manipulation des os du crâne et de la face ; Introduction » de Alain Géhin, éd Verlaque, 2000, p9-10.

¹¹⁷ « Approche tissulaire en Ostéopathie (niveau 1) ; Disciples de Colomb ; Développement de la palpation » de P. Tricot, support de cours, p12-19.

¹¹⁸ « Mémoire corps émotion » de Jean Luc Lasserre, mémoire en ostéopathie, <http://pagesperso-orange.fr/jeanluclasserre/>, 2002.

L'émotion est un état de conscience, agréable ou pénible, associé à des modifications organiques soudaines d'origine interne ou externe. Nombres de neuro-biologistes, d'eutonologue (chercheur dans le domaine du comportement humain, éthologie, sciences des moeurs) comme **Henri Laborit** ¹¹⁹ (1914-1995, neuro-biologiste, eutonologue) s'intéressent aux émotions dans le comportement humain. Les émotions interviennent dans l'apprentissage, qu'elles favorisent, et dans la mise en mémoire des comportements.

À chaque émotion correspond un comportement spécifique, qui n'est pas induit par l'individu mais par son environnement (interne ou externe). L'activité du système nerveux autonome, ortho-sympathique ou para-sympathique, au niveau cardio-vasculaire, respiratoire et digestif, va provoquer des sensations qui sont quelquefois le seul moyen qu'a l'individu pour décrire ses émotions (mal au ventre, mal au cœur, ...) ou pour son entourage de les percevoir chez l'individu (la face rougit, se détend, le corps semble relâché, ...) ¹²⁰. Ces ajustements vasomoteurs du corps à l'émotion permettent la réalisation d'une action, d'un comportement de l'individu face à son environnement. Ce sont eux qui seront ressentis comme activité affective, comme sentiment ou émotion.



Henri Laborit (1914-1995)

Dans un cursus tel que la formation en ostéopathie, nous retrouvons **l'importance des interactions entre l'individu, l'élève, et son environnement dans le développement cognitif et l'apprentissage**. En effet les rapports entretenus avec son entourage, les enseignants et les autres élèves, sont importants, ils sont inducteurs d'émotions associées à des connaissances pour leur mise en mémoire et inducteurs d'émotions à l'origine du comportement de l'élève face à l'apprentissage. Cette activité affective perçue par l'entourage est la manifestation d'un mécanisme de protection de la structure corporelle face à ses interactions avec l'environnement.

¹¹⁹ « L'inhibition de l'action » d'Henry Laborit, éd Masson, 1985.

¹²⁰ « Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions » de Françoise Lotstra, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux n°29, 2009.

3.2. **L'intelligence émotionnelle** ¹²¹

Le raisonnement, processus cognitif, comprend donc des caractéristiques émotionnelles. Les émotions sont des réactions aux interactions sociales vécues par l'individu. Le stimulus va induire un comportement donné, correspondant à un schème donné, pour une émotion donnée ¹²². Ces structures cognitives associant émotion et comportement introduisent la notion d'intelligence émotionnelle.

3.2.1. **La perception sensorielle inductrice de l'émotion**

Les événements corporels sensoriels interviennent dans la qualité et la quantité de la perception des émotions. En effet celle-ci permet à l'individu de percevoir l'état interne de son corps et ces afférences participent au renouvellement des structures mentales émotionnelles. Sans ces informations renouvelées, le réseau cognitif et émotionnel perd ses références à l'environnement et donc à la réalité qui entoure l'individu. L'émotion n'est pas seulement déterminée par l'état du corps, mais celui-ci est impliqué dans la pertinence des émotions.

En effet sans liens à la réalité l'émotion suscitée semble plus abstraite et moins tangible. Il ne reste à l'individu que la pensée, l'imagination, pour concevoir un comportement émotionnel en se basant sur des représentations perceptives stockées. Sans stimulations de l'environnement, ces comportements émotionnels s'estompent au profit de nouvelles structures mentales. De plus l'individu ressent une émotion (construite sur la base d'une image mentale) mais pas le feed-back du corps et du système nerveux autonome, la référence à la base de l'émotion perd en précision. « *L'arrêt du processus de proprioception suite à une maladie des nerfs périphériques engendre une profonde perturbation des processus mentaux* » (**Olivier SACKS** ¹²³, né en 1933, neuropsychologue). On retrouve en l'absence de perceptions sensorielles, une désintégration du Moi de l'individu, qui ne peut pas mettre en corrélation les informations sur l'état présent du corps avec une référence de base concernant ce dernier. La perception sensorielle de l'individu constitue donc la base de son humeur.

3.2.2. **L'émotion et le système nerveux entérique (SNE)** ¹²⁴

¹²¹ « L'intelligence émotionnelle » de Daniel Goleman, éd Robert Laffont, 1997.

¹²² «Vers un modèle computationnel des mécanismes émotionnels» de David Sander et Olivier Koenig, Institut des Sciences Cognitives, CNRS, Laboratoire d'Etude des Mécanismes Cognitifs, Université Lyon 2, 2002

¹²³ « L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau » de Oliver Sachs, éd Seuil, 1988.

¹²⁴ «Et si ça venait du ventre ?» de Pierre Pallardy, éd Robbert Laffont, 2002..

«The second brain» de Michael D Gershon, éd Harper Collins, 1999.

Le SNE a de nombreuses fonctions. Son principal rôle est bien entendu la commande au transit du système digestif pour le péristaltisme. Mais il intervient également dans la production de cellules immunitaires de l'organisme à travers l'intestin grêle, dans la production de cellules interstitielles qui permettent le fonctionnement des muscles et tendons. Il constitue sur le plan structurel et neurochimique un second cerveau complémentaire de l'encéphale crânien. Le SNE comprend un réseau important de neurotransmetteurs, de neuro-modulateurs tels que la sérotonine (95% de la sérotonine de l'organisme est fournie par l'estomac), la mélatonine, l'acétylcholine. Ces neuromédiateurs interviennent dans l'humeur de l'individu. En plus de leur action sur le péristaltisme, ces molécules délivrées par le SNE vont permettre un ressenti transmis à travers la circulation locale, à des cellules immunitaires et à certains organes comme le pancréas et la vésicule biliaire. Le SNE et l'encéphale, utilisant les mêmes voies de communication vont se trouver connectés. Ainsi, l'un pourra transmettre son état à l'autre, le cerveau émetteur suscitera ainsi des émotions dans le cerveau destinataire.¹²⁵

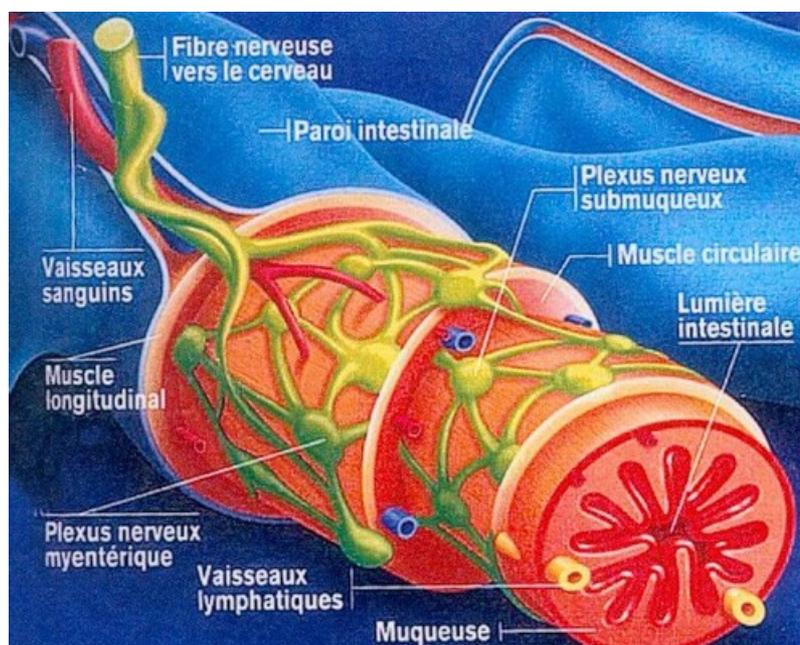


Schéma de l'organisation du SNE dans les plans viscéraux.

Cette interrelation entraîne de nombreuses considérations physiopathologiques. « *On commence à réaliser que ceux qui cherchent comment le cerveau détraque l'intestin sont partis dans une mauvaise direction. Ainsi, on pensait il y a quelques années qu'il existait une personnalité à colite ulcéreuse, que c'était une maladie psychosomatique. C'est l'inverse. Avoir des trous dans le colon peut rendre anxieux et névrosé. C'est vrai aussi pour la maladie de Crohn ou l'ulcère peptique. Votre intestin peut vous rendre dingue ! Arrêtez la maladie et vous*

arrêtez la personnalité » (Michael D Gershon chercheur en Anatomie et Médecine interne) ¹²⁶.

Le développement émotionnel apparaît comme intriqué dans le développement cognitif et dans le développement sensoriel. Au cours de son apprentissage en Ostéopathie, l'étudiant va donc être sollicité sur ces trois modalités du développement. Les liens entre les différents mécanismes de l'apprentissage montrent toute la complexité du travail de l'enseignant qui doit jouer avec tous les modes de développement pour accompagner l'élève vers la connaissance. **L'apprentissage est une perpétuelle recherche d'équilibre entre ce que l'étudiant sait et ce que l'enseignant lui apprend.** C'est une difficile harmonie entre le connu et l'inconnu. C'est là que se révèle l'importance de bases solides, de connaissances bien acquises, comprises, assimilées permettant la réflexion face à une nouvelle situation problème.

En médecine allopathique, le diagnostic entraîne une prescription médicale. En médecine ostéopathique, le diagnostic conditionne le geste thérapeutique. **Même si la finalité des deux pratiques n'est pas la même, la précision et le soin apportés à la démarche diagnostique relèvent d'une même rigueur ¹²⁷.** Actuellement pour beaucoup le diagnostic clinique n'est pas d'une grande importance à l'ostéopathe. Bien souvent au cours de l'anamnèse, le thérapeute ostéopathe se retrouve à expliquer à son patient le but et l'intérêt clinique de son anamnèse. Peu à peu la patientèle comprend l'importance de la clinique dans la démarche diagnostique en ostéopathie. **Les connaissances de sémiologie et de physiopathologie du praticien l'amènent à affiner son analyse, à se prémunir de la contre-indication et à optimiser l'efficacité de son geste thérapeutique.** Ces connaissances théoriques sont l'un des outils indispensables de l'approche conceptuelle de l'individu dans son ensemble. C'est en fonction de ces connaissances et de cette réflexion clinique que va se dégager un axe de traitement. **Le praticien est alors un thérapeute généraliste dont le choix des techniques s'impose par la démarche clinique et non pas par les préférences ou les facilités du thérapeute.** Le traitement est individuel.

Il n'y a pas une seule façon de faire, une façon de traiter un patient mais néanmoins le corps humain est régi par des règles immuables. Le praticien dans la pratique de sa thérapeutique a besoin de connaissances spécifiques et précises pour appliquer des techniques elles aussi spécifiques et précises. Ce diagnostic, qui devient intime et aisé avec le temps, est difficile à expliquer. L'enseignement reçu est compris au-delà des informations justement reçues et enrichies de l'expérience avant d'être transmises à nouveau. C'est un ensemble de différentes

¹²⁶

¹²⁷ « Diagnostique ostéopathique général ; Introduction » de Alain Croibier, éd Elsevier, 2005, pXV-XVI.

modalités sensibles et sensibles du thérapeute : observer, écouter, interroger, palper, comprendre, Saisir un modèle, un protocole technique de manipulations, c'est l'objectif de tout le parcours de l'étudiant. Par contre il est plus difficile pour celui-ci de se retrouver dans toute la complexité de la réalité clinique et du diagnostic. **C'est à l'enseignant et à l'institution pédagogique de l'orienter et de le préparer aux réalités de sa pratique professionnelle.**

III - L'enseignant et la pédagogie

1. Introduction à la pédagogie

Au niveau du développement biologique des structures mentales, l'apprentissage consiste en une modification stable et durable des schémas du fonctionnement mental d'un individu qui conditionne ses savoir-faire ou ses savoir- être et qui résultent des interactions de l'individu avec

son environnement. Nous parlons d'expériences qui entraînent une intégration de structures mentales nouvelles, ou bien d'entraînements qui amènent à une adaptation des structures.

L'enseignant devient alors un guide pour l'étudiant de ce qu'il sait déjà vers ce qu'il ignore, du connu vers l'inconnu. L'enseignant intervient dans la facilitation du développement positif, en limitant les choix possibles il permet à l'élève de procéder à une intégration ou une adaptation des structures mentales plus aisée.

Enseigner un savoir à un élève, c'est transmettre des connaissances en les exposant le plus clairement, le plus précisément possible. C'est surtout le travail de l'enseignant-ingénieur qui organise cette transmission de connaissances. Nous retrouvons là une notion de l'enseignement chère au courant pédagogique dit transmissif. L'importance est donnée aux connaissances et au mode de présentation des connaissances. Enseigner un savoir renvoie au travail d'ingénieur-pédagogue qui produit un plan d'apprentissage basé sur la qualité de ce qui est dit à travers la manière dont c'est dit.

Enseigner une habitude à un élève, c'est lui inculquer un comportement ou une attitude (savoir - être), un mode de réaction ou un geste professionnel (savoir - faire). L'enseignant entraîne l'étudiant à réagir à un stimulus environnemental donnée par une action précise. La pédagogie employée sera centrée sur un conditionnement de l'étudiant, une mise en condition, l'enseignant cherchera des manières de faire travailler l'étudiant en entraînant des changements dans son comportement. Cette mise en place de réflexes, de comportements prédéfinis, d'automatismes préétablis, c'est la base de l'apprentissage pour la théorie behavioriste.

Enseigner à l'étudiant, c'est le guider, lui faire apprendre, l'accompagner dans la succession des séances planifiées. En privilégiant le rapport enseignant – étudiant, la pédagogie consiste en un ensemble de processus d'intégration et de construction de connaissances par l'étudiant. Cette approche, base du constructivisme du socioconstructivisme (ou socio cognitivisme), insiste sur l'expérimentation par l'étudiant d'expériences qui lui permettent de s'approprier les connaissances et les compétences.

Ces définitions de l'enseignement sont actuelles, elles sont le résultat de l'évolution des principes de l'enseignement depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours. L'environnement social et professionnel ainsi que l'individu lui-même évoluent tout comme les modèles pédagogiques.

1.1. Les courants pédagogiques des XIX et XXIème siècles

Le mouvement d'*Education nouvelle* (école active) se développe à la fin du XIXème et au début du XXème siècle. Il prône la participation active de l'enfant à sa propre formation. Ce modèle pédagogique se base sur l'observation des centres d'intérêt de l'individu, **il privilégie la découverte de connaissances par l'étudiant à son rythme plutôt que l'exposé de celles-ci par l'enseignant. L'enseignant fait émerger une coopération plutôt qu'une compétition entre les élèves. Il conduit le développement en fonction de l'acquisition du savoir, de l'accumulation de connaissances et de l'épanouissement de la personnalité.** Ce modèle est déduit d'observations scientifiques, psychologiques ou sociologiques et d'études sur le développement de l'enfant de l'époque.

« *Aide moi à faire tout seul* » **Maria Montessori** (1870-1952, médecin, pédagogue)



Maria Montessori
(1870-1952)



Célestin Freinet
(1896-1966)

Ce qui transparaît aujourd'hui, c'est la nécessité, pour l'Ostéopathie notamment, **de s'appuyer sur les connaissances reconnues et validées dans le domaine de la pédagogie pour faire reconnaître sa formation dans un premier lieu mais également les compétences professionnelles de l'ostéopathe.** C'est dans la maîtrise des concepts pédagogiques fondamentaux, des différentes méthodes, des différents courants, que l'enseignant pourra comprendre ce qu'est l'apprentissage, individuel et social, et ainsi respecter au mieux les développements cognitif, sensoriel, émotionnel et social de l'étudiant.

L'enseignement doit impliquer, surtout dans une pratique telle que l'Ostéopathie, une mise en œuvre des ressources que les sciences cognitives et la psychologie cognitive nous apportent. La méthode pédagogique qui en découle permet alors une formation professionnelle de qualité, avec des objectifs pédagogiques, des phases d'apprentissage, des contenus de cours, une évaluation ... bref une formation commune à tous. Cela doit être mis en place pour permettre à l'étudiant de se former et non d'être formé. **D'une telle pédagogie découle de futurs ostéopathes responsables et autonomes, et une profession où chacun s'émancipe ensuite**

vers des orientations diverses et variées mais toujours avec des bases solides. Ces bases sont les objectifs pédagogiques à atteindre.

« *L'art de faire émerger les questions et d'accompagner les élèves dans la recherche des réponses* » **Célestin Freinet** (1896-1966, pédagogue)

1.2. Objectifs pédagogiques : buts de l'enseignement ¹²⁸

Pour apprendre quelque chose à quelqu'un, l'enseignant va passer par l'emploi de connaissances établies et identifiées aux *savoirs*, les connaissances du professionnel, ses capacités cognitives, ses habiletés et ses attitudes. Ce sont non seulement des connaissances abstraites, théoriques mais aussi des procédures pratiques. **L'apprentissage n'est pas qu'assimilation de savoirs intellectuels, il comprend la pratique manuelle**, ce qui est vrai dans tous les métiers à opération manuelle comme en ostéopathie crânienne. On parle alors de *savoir faire*. Mais si la notion de savoir-faire implique une pratique manuelle, elle introduit aussi un savoir faire intellectuel accompli par celui qui doit utiliser son intelligence. On parle de *savoir être*. Associés au savoir, les savoir faire et savoir être composent le triptyque des trois grandes catégories d'objectifs pédagogiques.

De ce tryptique des savoirs découlent quatre catégories d'objectifs pédagogiques à atteindre au cours de la formation professionnelle ¹²⁹ :

- **les connaissances** (connaissances d'informations et connaissances de procédures),
- **les capacités** (de compréhension, d'application, d'adaptation, de création),
- **les habiletés** (discrimination perceptive manuelle ou corporelle, aptitudes physiques acquises par l'individu, habiletés motrices, communication non verbale),
- **les attitudes** (d'intégration, de communication, d'initiative).

1.3. Établir une compétence ¹³⁰

Ces différents objectifs pédagogiques ne sont pas à dissocier, l'enseignant doit en effet les combiner et l'étudiant une fois qu'ils les aura acquis devra lui aussi les combiner pour les employer. Comme les différentes données mémorisées, les connaissances, capacités, habiletés et attitudes apparaissent dans l'organisation mentale comme des pièces utilisables et communes à

¹²⁸ « Les chemins de la pédagogie, guides des idées sur l'éducation, la formation et l'apprentissage » de Francis Tilman et Dominique Grootaers, Chronique sociale/Couleur Livres, 2006.

¹²⁹ « Les chemins de la pédagogie, guides des idées sur l'éducation, la formation et l'apprentissage ; Quatre type d'objectifs pédagogiques » de Francis Tilman et Dominique Grootaers, Chronique sociale/Couleur Livres, 2006.

¹³⁰ « Les chemins de la pédagogie, guides des idées sur l'éducation, la formation et l'apprentissage ; Vers la compétence comme objectif pédagogique » de Francis Tilman et Dominique Grootaers, Chronique sociale/Couleur Livres, 2006.

de nombreuses structures. **Dans une situation précise elles seront ajustées entre elles pour former un mécanisme d'action qui répondra au mieux au stimulus environnemental (interne ou externe).**

Les didacticiens parlent de compétences, résumant ainsi les différentes catégories d'objectifs pédagogiques que nous venons de décrire. À chaque interaction avec son environnement l'individu pourra mettre en œuvre une compétence plus ou moins spécifique pour réagir. Cette triade stimulation – compétence – réaction implique l'intégration antérieure de la compétence. Une expérience indispensable vécue par l'individu qui introduit la présence de compétences initiales de décodage et d'interprétation de la situation pour en faire un problème. Cette capacité cognitive de problématisation, innée ou acquise, fera intervenir ensuite les différents domaines abordés : connaissances, capacités, habiletés et attitudes.

1.4. **Apprendre à apprendre : le développement cognitif**¹³¹

Le développement cognitif, nous l'avons déjà abordé, consiste en un développement de structures cognitives. Ces compétences sont les différents outils dont dispose l'individu pour acquérir les connaissances et les utiliser pour interagir avec son environnement, comprendre l'univers qui l'entoure, communiquer avec ses pairs et appréhender les différentes situations de sa vie quotidienne. Apprendre à apprendre revient à se doter des outils de base de la cognition, c'est à dire apprendre à organiser les structures dans l'espace mentale, pour permettre une mobilisation plus efficiente ultérieurement quand la situation le demandera. Ces outils seront toujours utilisables lorsque le professionnel, émancipé de son enseignant, devra appréhender une nouvelle situation. **En Ostéopathie comme ailleurs, ce savoir-faire qu'il soit manuel ou intellectuel sera la boîte à outils du professionnel ensuite, libre à lui de choisir quand et comment les utiliser.**

Il est là intéressant de se demander comment un autodidacte dans son domaine tel que Still pour l'Ostéopathie ou Sutherland pour l'Ostéopathie crânienne, peut réagir à une situation alors qu'on ne lui a pas appris comment. Pour ceux-là c'est le travail de toute une vie pour construire des ponts cognitifs au dessus du vide, pour combiner des structures que rien ne sembler faire correspondre. **Et c'est là un des points importants du rapport enseignant – étudiant, l'élève se retrouve orienté par l'enseignant dans des directions qu'il n'aurait pu abordées si des aventuriers précurseurs n'avaient pas osés s'y engager avant lui.**

¹³¹ « Les chemins de la pédagogie, guides des idées sur l'éducation, la formation et l'apprentissage ; Le développement cognitif : Apprendre à apprendre » de Francis Tilman et Dominique Grootaers, Chronique sociale/Couleur Livres, 2006.

2. L'Enseignant ¹³²

2.1. Neurosciences et Psychologie : disciplines ressources

La psychologie de l'individu est le fruit de son développement tant cognitif, sensoriel qu'émotionnel. Chaque individu en fonction de ces expériences et de son environnement va se constituer une organisation mentale. **Ainsi chaque individu pour une même action aura un schéma de fonctionnement nerveux propre et individuel.** Il devient alors difficile d'établir un modèle de fonctionnement anatomique précis, d'établir un modèle d'apprentissage commun et difficile de concevoir un enseignement unique.

Néanmoins les Neurosciences, la Psychologie et la Sociologie apportent de nombreuses informations qui conditionnent les outils, les concepts et les modèles pédagogiques qu'utilise l'enseignant dans sa pratique professionnelle. En effet avec l'évolution des Neurosciences ,l'enseignant peut mieux comprendre comment l'étudiant apprend. En découlent les notions de Psychologie et d'Anatomie du système nerveux qui forment des savoirs nécessaires à l'enseignant.

2.2. L'Enseignant : ingénieur et artisan

Chaque individu a une organisation mentale propre et unique. Autant l'enseignant en tient compte pour appréhender l'étudiant, autant son approche d'enseignant en sera tributaire. A la fois ingénieur et artisan l'enseignant va employer son mode de pensée, ses savoir-faire et sa logique à l'élaboration d'une pédagogie la plus adaptée à l'étudiant. Ce travail précis et organisé nécessite deux casquettes.

D'une part il construit son cours, l'organise, le prépare en utilisant des outils pédagogiques matériels et théoriques. Cette organisation produite par l'*enseignant-ingénieur* établit **l'enseignement comme un projet global abordé sous différents aspects techniques, logistiques, horaires,**

D'autre part, l'*enseignant-artisan* intervient quand tout ne se déroule pas comme l'enseignant-ingénieur l'a prévu. **Il va s'adapter à l'étudiant et aux conditions de sa classe.** Ce qui compte pour l'artisan, ce n'est pas de suivre le plan prévu par l'ingénieur mais d'obtenir

¹³² « Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement » de Gérard Barnier, support de cours, IUFM d'Aix-Marseille, 2001.

un résultat beau et de qualité. Nous rejoignons là le côté artiste de l'artisan où **la quête de la qualité prime sur les moyens d'y arriver.**

L'enseignant sculpte donc sa séance pour lui donner la forme nécessaire à l'adhésion de l'étudiant et à sa compréhension du sujet abordé. Mais l'enseignant ne peut pas être qu'artisan, sans cela il reste fixé à son modèle et ne se projette pas vers l'avenir. Il devient ingénieur pour mieux accompagner l'étudiant dans sa progression, en prévoyant les obstacles et les moyens de les franchir.

2.3. L'Enseignant : psychologue des apprentissages

En Ostéopathie comme dans d'autres disciplines, c'est à l'enseignant de s'adapter au sujet qu'il va aborder et à l'étudiant auquel il va enseigner. A travers ses connaissances des mécanismes de l'apprentissage, tant sur le plan psychologique que sur le plan des Neurosciences, l'enseignant va pouvoir mieux appréhender l'étudiant et adapter son cours préalablement organisé aux aléas de la vie scolaire. L'enseignant en tant qu'ingénieur va alors prendre des décisions pour appréhender son sujet à long terme et en tant qu'artisan il va prendre des décisions pour s'adapter au mieux aux conditions directes auxquelles ils se heurtera. Cette prise de décision de l'enseignant tend à limiter les incertitudes et les obstacles de l'enseignement tant du point de vue de l'enseignant que de l'étudiant. **Il devient alors à la fois le metteur en scène et l'acteur de sa pédagogie.** Sa pratique professionnelle comprend alors une actualisation constante des connaissances sur son enseignement, de son contenu et de sa présentation.



Maitre et disciple en travaux pratiques.

Enseigner peut donc signifier enseigner un savoir, une habitude, ou le moyen d'apprendre ce savoir ou cette habitude. En plus des objectifs pédagogiques à atteindre, du contenu à étudier,

L'enseignement dépend des étudiants, de l'institution, et de l'enseignant lui-même. Les recherches en Neurosciences, en Psychologie du développement et de l'apprentissage, des sciences humaines, tendent à favoriser l'emploi d'une pédagogie issue du Cognitivism de Piaget ou du Sociocognitivism de Vygotski. Néanmoins nous l'avons dit, l'enseignement passe par les filtres du modèle explicatif des Neurosciences, du modèle explicatif de la Psychologie, du modèle explicatif de la Sociologie et donc ne peut être formaté sur ces bases théoriques en évolution. Nous retrouvons là encore la distinction entre l'apprentissage et l'enseignement qui ont des organisations différentes et relèvent tous deux de l'interaction de l'individu avec l'enseignant et les connaissances. **Il est donc important de mettre en parallèle méthodes d'enseignement et méthodes d'apprentissage, de considérer l'école comme un lieu d'enseignement – apprentissage.** Il ne faut pas la considérer uniquement comme le siège de l'enseignement en laissant l'apprentissage relégué à l'étude et la répétition pratiquées sans interaction avec l'enseignant. En fait la méthode pédagogique mise en place par l'ingénieur – artisan – enseignant consistera à considérer la façon dont l'enseignant va transmettre le savoir ou la compétence et comment l'étudiant va appréhender cette transmission.

L'enseignant doit posséder plusieurs cordes à son arc, il doit être ingénieur pédagogique, artisan de l'enseignement, il doit être le guide en proposant à l'élève les moyens de parvenir à la connaissance et à la compétence. Les différents courants pédagogiques vont employer à divers degrés les multiples facettes de l'enseignant. A travers une présentation des particularités de l'enseignant dans chacun de ses modèles nous allons mettre en évidence ces différentes facettes.

L'enseignant transmet la connaissance et en plus guide l'étudiant dans un travail de compréhension autonome et didactique. L'enseignant intervient comme un médiateur, un tuteur, un passeur, un guide, un modulateur, une personne ressource dans des dispositifs de mise en activité, d'apprentissage de l'étudiant, faisant de l'étudiant une personne responsable, capable de raisonner et d'utiliser son savoir. **C'est le travail de l'enseignant de mettre en place une pédagogie adaptée aux interactions entre l'étudiant, l'enseignant et les savoirs.**

3. La Pédagogie ¹³³

3.1. Emploi des interactions sociales dans la pédagogie

Observance, Métacognition et Médiation sont des notions à aborder dans l'approche de l'étudiant et de l'enseignant. Dans le processus d'apprentissage et de l'enseignement, en

¹³³ « Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement » de Gérard Barnier, support de cours, IUFM d'Aix-Marseille, 2001.

ostéopathie crânienne comme ailleurs, c'est l'implication de chacun des acteurs qui est à mettre en évidence, qu'il soit enseignant, tuteur, apprenant, chaque individu aura un rôle prépondérant dans le processus d'apprentissage et chaque individu se verra successivement ou simultanément enseignant, tuteur ou apprenant. La pédagogie consiste alors en un ensemble d'interactions entre individus qui sont moduler pour permettre la progression dans l'apprentissage. **Chacun est acteur médiateur du processus pédagogique.**

3.2. La Pédagogie en Ostéopathie : du bon emploi de la médiation

En pédagogie la médiation de l'étudiant par l'enseignant, c'est **la constitution par l'enseignant d'un environnement culturel et social enrichissant**. Dans ce contexte qui doit être rassurant, l'élève peut plus facilement intégrer la connaissance transmise par l'enseignant. L'enseignant utilise **l'interactivité pour enseigner et apprendre**, il emploie le **modèle d'apprentissage coopératif**, pour solliciter et responsabiliser l'étudiant dans sa réflexion, la verbalisation de sa pensée, son comportement. Les interactions sont ludiques et motivantes, elles tendent à atteindre un objectif prédéfini par l'enseignant. **Le processus d'apprentissage d'un savoir prend alors une dimension plus globale, car en plus du savoir ce sont les savoir-faire, savoir-être et savoir-dire qui évoluent aussi.**¹³⁴ L'élève cherche des concordances et des différences entre les concepts nouveaux et ceux acquis, il définit leurs critères et leurs caractéristiques. L'apprenant cherche des liens entre les différentes situations vécues sur les plans de l'espace et du temps, et des causes et effets. L'enseignant par ses observations de l'étudiant durant le processus d'apprentissage peut mettre en évidence les caractéristiques du concept présenté susceptibles de mobiliser au maximum l'attention de l'étudiant. On en revient à la notion de psychologie de l'apprentissage, l'enseignant doit connaître les différentes fonctions cognitives, sensorielles, émotionnelles et sociales de l'étudiant.

¹³⁴ « L'os temporal, la mandibule et l'os hyoïde », Avant propos » de Rémi Wogue, éd Sully, 2009, p15 à 17.



L'enseignant comme médiateur dans la découverte du savoir par l'étudiant.

3.3. Évaluation de la Médiation ¹³⁵

Selon Reuven Feuerstein nous pouvons définir **douze caractéristiques qui établissent une évaluation de la médiation et de la situation de l'environnement d'apprentissage**, toutes deux mises en place par l'enseignant. Ces caractéristiques découlent des différentes facettes de l'enseignant, l'ingénieur qui organise la présentation didactique de la connaissance et éveille l'intérêt de l'étudiant, l'artisan qui s'adapte à l'élève et ainsi favorise son apprentissage, et enfin le médiateur qui tend à responsabiliser l'étudiant et le rendre autonome. Cette dernière facette reste effacée. Pour guider l'étudiant, l'enseignant observe sa progression sans vraiment s'immiscer dans le processus, ce qui confère au processus d'apprentissage, en plus de l'apprentissage des savoirs, une prise de confiance de l'individu et une croissance de son estime de soi. Ces douze paramètres de la médiation sont à évaluer dans tous les champs d'apprentissage de l'Ostéopathie, que ce soit pour l'abord des domaines musculo-squelettique, fascial, ou les sphères viscérale et celle qui nous intéressent la sphère crâniosacrée.

3.3.1. **Introduire la matière, solliciter et rendre l'élève curieux**

Pour un futur ostéopathe comme pour tout autre étudiant, les différentes disciplines abordées en cours peuvent sembler difficile à appréhender, car au début tout au moins elles ne se réfèrent à aucune expérience vécue. Il y aura toujours une certaine complexité à enseigner une discipline ne faisant pas partie de la vie quotidienne de l'étudiant, qu'elle soit une discipline scientifique comme l'Histologie ou l'Embryologie, qu'elle soit une discipline technique comme la pratique dans les champs viscéral ou crâniosacré de l'Ostéopathie, ou qu'elle soit encore une discipline théorique comme la philosophie ou l'histoire de l'Ostéopathie. **Le rôle de l'enseignant est alors d'évoquer l'importance de ces disciplines pour sa formation**

¹³⁵ « La médiation, une directive pédagogique d'enseigner d'une façon interactive » d'Irène Steinert, Paysages éducatifs (<http://blog.paysages-educatifs.org/category/Mediation>, 2008).

professionnelle. C'est une condition préliminaire que d'éveiller l'intérêt et la motivation de l'étudiant pour qu'il soit attentif. L'enseignant pour cela devra observer le développement socioculturel de l'élève, pour établir un pont entre le savoir universel et les structures psychiques individuelles de l'étudiant.

1. L'enseignant persuade l'élève de l'importance de la discipline en posant des questions qui provoquent la curiosité de l'étudiant et le poussent à vouloir répondre. C'est la mise en place d'un dialogue enseignant-apprenant sur des sujets et des notions essentiels au développement des structures psychiques de l'étudiant.

2. L'enseignant démontre et analyse avec les étudiants l'importance de la discipline. Les connaissances ne sont pas seulement utiles dans le contexte scolaire, elles trouvent une application dans la vie professionnelle. Plus qu'une simple information, la connaissance revêt un caractère universel et intemporel.

3. L'enseignant montre que cette connaissance, et les savoir, savoir-faire, savoir-être qui en découlent, vont lui permettre à lui futur professionnel de pratiquer et d'agir.

3.3.2. Choisir des formes de travail adaptées au développement de l'élève

Pour un apprentissage coopératif, pour mettre en place des interactions et les potentialiser, l'étudiant devra se révéler à l'autre et à lui-même. **Le travail coopératif mis en place par l'enseignant implique une mise en commun des connaissances et des savoirs.** Ceci va permettre la mise en évidence de différences dans la représentation des concepts. Chaque individu durant l'échange, doit employer son savoir-dire et son savoir-être à la défense de son mode de représentation.

4. L'étudiant doit partager ses savoirs et tenir compte de ceux de son interlocuteur. Il doit savoir se mettre à la place de l'autre.

5. A travers l'interaction sociale, l'étudiant prend conscience de ses connaissances et de ses compétences. L'individu se découvre à travers l'autre.

6. L'étudiant cherche dans l'ensemble de ses structures psychiques les moyens de résoudre la situation-problème sans remettre en cause son intégrité mentale. Il renonce à ses processus habituels pour en explorer de nouveaux. A travers une réinitialisation basique et sensorielle de ses

structures, il cherche une nouvelle voie pour aborder la situation.

3.3.3. Développer la confiance en soi et la responsabilisation de l'étudiant

Reuven Feuerstein remarque que l'étudiant peut être sujet à l'anxiété et l'angoisse. La peur de l'obstacle, de l'erreur, de ne pas parvenir au but défini sont autant de sentiments ressentis par certains dans le processus d'apprentissage. L'enseignant pour éviter ce stress doit adapter le niveau de complexité du processus d'apprentissage, tout en lui conservant une certaine défiance à l'égard de l'apprenant. **L'enseignant s'assure aussi de l'état de concentration de l'élève, de sa façon de suivre le processus d'apprentissage.** L'enseignant montre à l'étudiant quels éléments essentiels sont à étudier mais aussi comment les aborder à travers la métacognition notamment. L'étudiant devient peu à peu autonome dans le maniement des règles et des structures du processus d'apprentissage.

7. L'enseignant guide l'étudiant dans la création d'une image de soi réelle et positive. L'étudiant se rend compte de ce qu'il fait, de la manière dont il le fait, bien ou mal, il doit cerner la connaissance vers laquelle il tend et ce qu'elle lui apportera tant au niveau socioculturel que professionnel.

8. L'étudiant doit être capable d'autocontrôle, il est posé et réfléchi dans l'apprentissage, il ne doit pas se laisser dissiper, savoir conserver sa motivation, travailler seul en mettant en relation ce qu'il apprend et ce qu'il sait déjà.

9. L'étudiant doit savoir se fixer un objectif personnel et travailler en fonction, il ne s'agit pas juste de travailler une discipline, l'étudiant détermine ce que lui apporterait la connaissance et ce qu'il doit faire pour l'acquérir.

10. L'enseignant doit également montrer à l'élève qu'il peut trouver dans un apprentissage difficile, un défi lui permettant d'évoluer personnellement. L'enseignant doit stimuler l'étudiant et le surprendre par la mise en place d'exercices plus exigeants. Ainsi l'étudiant sentira le besoin de se dépasser pour réussir et atteindre le succès.

11. L'enseignant doit faire prendre conscience à l'étudiant de sa progression dans le processus d'apprentissage. L'étudiant doit pouvoir prendre conscience de ses progrès. En réalisant ce qu'il a appris, l'étudiant se sent plus étoffé de connaissances et plus sûr de lui.

12. L'enseignant doit aussi présenter le lien de l'étudiant avec son environnement socioculturel, par le rappel de l'universalité du savoir, par le passage de stade, de rites, d'évaluations, de grades. En somme, l'apprentissage devient un parcours initiatique, tribal.

- **Pièges à éviter :**
- **Déficits de savoir-faire, de savoir-être et savoir-dire.**
- **Manque d'observance de l'objectif du cours par l'étudiant**

Pour Yaron Schur et Nicos Valanides ¹³⁶, il faut différencier *voir et écouter* d'*observer et entendre*. **En effet, observer et entendre sous-entendent une volonté de l'étudiant de découvrir le sens de la situation. L'enseignant doit faciliter cette envie et cette motivation à aller au fond des choses.** Observer, c'est considérer avec attention, étudier en détail, ce qui implique une subjectivité propre à l'étudiant. En ostéopathie crâniosacrée, dans l'apprentissage des connaissances et des compétences pratiques professionnelles de l'ostéopathe, l'étudiant dans les domaines cognitif, sensoriel et émotionnel induit son individualité dans ses interactions. En fonction de son expérience, de son ressenti, l'attention sera portée sur certaines caractéristiques qui lui semblent plus pertinentes à observer.

L'élève enrichit son champ d'observation avec le plus de détails et de caractéristiques et l'enseignant suscite la curiosité vers des points précis, il signale les erreurs et les manques dans l'analyse en cours. A travers le travail coopératif, l'étudiant construit un peu plus son processus de penser pour pouvoir le présenter au groupe. Intervient alors le savoir-dire de l'étudiant, sa compétence à décrire, à expliquer, à discuter, à employer un langage adapté. L'étudiant met en place des liens à travers le groupe, il échange observations et explications de l'information. Ainsi il parvient à découvrir de nouveaux éléments pour comprendre la situation.

Finalement, par la médiation de l'enseignant et la coopération avec d'autres élèves, l'élève est plus apte à réagir à la situation-problème, il identifie plus d'éléments constitutifs, plus de caractéristiques et il peut ainsi mieux en comprendre les rapports avec les expériences déjà vécues, les compétences et les connaissances acquises.

Les capacités à bien observer et à bien apprendre évoluent simultanément. Plus l'étudiant en sait d'une chose plus il en observe les détails. L'enseignant doit donc bien prendre la mesure de l'importance de l'observation (Input) dans l'apprentissage. Pour Schur, cette observation fait

¹³⁶ "Dynamic Learning and Perceptual Changes" de Yaron Schur et Nicos Valanides, Paysages Educatifs, (<http://blog.paysages-educatifs.org/>, 2008.

appel à l'imagination de l'étudiant, elle l'invite à étudier le fond des choses, à verbaliser son observation et ses explications sur sa façon d'appréhender la situation. L'enseignant n'intervient pas pour corriger des erreurs et des lacunes, il pose des questions pour guider l'élève vers des éléments indispensables à la progression dans le processus d'apprentissage établi et indispensables pour atteindre le but énoncé.

3.4. **Phases de l'Apprentissage**

La médiation par l'enseignant du processus d'apprentissage consiste d'abord en la réalisation de liens entre l'étudiant et son environnement culturel, scolaire et social. L'enseignement amène les élèves à interagir les élèves, à les pousser à la communication. L'enseignant prend en compte le processus d'apprentissage qui est d'un point de vue pédagogique, et non plus neurobiologique, défini par différentes phases.

Phase d'Observation (Input)

- **S'orienter vers le sujet**
- **Recueillir les données et l'information**
- **Schématiser les données**
- **Reformuler la tâche**

Phase de l'Elaboration

- **Comment faire un plan de travail pour résoudre les problèmes posés ?**
- **Répondre à des « questions simples »**
- **Développer des projets plus complexes.**

Phase de Présentation (Output)

- **Comment choisir les images, les mots (le langage) et les moyens et techniques médiatiques ?**
- **Comment présenter les résultats ?**
- **Donner les bonnes réponses aux questions, trouver des solutions aux problèmes, présenter des résultats du projet plus complexe**

Phase d'Évaluation

- **Évaluation formelle**
- **Autoévaluation**



1949 : étudiants de la BSO

4. Prospectives sur le rôle de l'enseignant basées sur le modèle pédagogique actuel

Les théories de l'apprentissage apportent de nombreuses voies de développement dans les pratiques d'enseignement. On distingue acte d'enseignement et acte d'apprentissage, mais ils s'articulent tous les deux sur le terrain de l'enseignant seulement, à savoir la salle de classe pratique ou théorique. Pour établir sa méthode d'enseignement, il est important de prendre en compte les Neurosciences et la Psychologie de l'apprentissage. L'organisation du protocole pédagogique implique la prise en compte des représentations mentales des étudiants sur les objets d'apprentissage, de la maîtrise d'outils psychiques pour apprendre à apprendre, du processus d'appropriation de connaissances par l'apprenant, de l'activité métacognitive de l'élève, de la dimension formative de l'évaluation par l'enseignant. Tous ces éléments sont ce qui rend ardu le rôle de l'enseignant et de l'enseignement en général.

Dans une relation classique pédagogique, l'enseignant parle face à sa classe et les processus mis en place sont ceux de la transmission et de l'acquisition de connaissances. Mais comme nous l'avons abordé avec la notion d'interaction sensorielle dans l'approche du patient par l'ostéopathe notamment, nous pouvons nous demander si la connaissance présentée par l'enseignant est celle que reçoit l'étudiant où si elle ne se déforme pas aux passages des filtres de chacun. Dans ce modèle classique, la connaissance est intégrée comme telle, elle ne subit pas de modulation ou d'interprétation. Lorsqu'il doit la répéter, la réciter, l'étudiant la régurgite telle qu'il l'a perçue, de façon identique ou de façon erronée. En effet, l'enseignant formule la connaissance en fonction de son expérience et de sa culture, or l'étudiant ne possède pas de base de données d'accompagnement et de contextualisation. Il n'est pas autonome dans un

fonctionnement scolaire classique et intègre alors des connaissances inutilisables. En Ostéopathie, comme en Ostéopathie dans le champ crâniosacré, l'enseignant oriente l'apprenant dans un chemin menant vers l'appropriation des connaissances mais surtout vers la compréhension et l'assimilation de ces connaissances pour une utilisation ultérieure. L'étudiant, lui, a entamé un cycle d'études supérieures, comme prérequis et pour l'enseignant, cela signifie que l'étudiant est à même d'assimiler les connaissances et de les accommoder à d'autres déjà absorbées. Il peut déjà faire des liens entre les nouvelles connaissances et les savoirs qu'il possède, ceci pour intégrer les nouveautés dans son schéma mental. En Ostéopathie dans le champ crânien, cela doit se manifester par la mise en relation du SNC et des os du crâne par exemple. Mais bien souvent, force est de constater que les liens qui unissent l'axe crâniosacré à la globalité de l'individu sont difficilement mis en place par l'étudiant ostéopathe.

Le simple modèle transmissif ne permet pas à l'étudiant de s'approprier la connaissance et cela même quand l'enseignant tente de se mettre au niveau de compréhension de l'élève et l'accompagne dans l'apprentissage de cette connaissance. Il faut que le modèle pédagogique prenne en compte la nécessaire appropriation par l'étudiant des informations transmises par l'enseignant et une fois digérées, sémiotisées, elles ne seront plus informations mais connaissance¹³⁷. Ce traitement de la donnée reçue passe par sa verbalisation par l'élève, elle nécessite un travail d'explicitation, de reconstruction, de modélisation de la donnée. Ensuite, une fois digérée, l'étudiant peut assimiler la donnée comme connaissance et l'intégrer à son schéma psychique.

L'enseignant doit s'assurer que la connaissance transmise n'est pas seulement enregistrée pour être reproduite, il doit vérifier que l'étudiant ostéopathe l'a faite sienne. Le savoir n'est pas qu'une information, un produit fini, non malléable, achevé et non évolutif. Et l'enseignant n'est pas qu'un présentateur de ce savoir. Qu'ils soient neuroanatomistes, biologistes, psychologues ou pédagogues, pour les théoriciens de l'enseignement et de l'apprentissage, le savoir est moins important dans ce qu'il renferme que dans ce qu'il suscite chez l'individu. Il devient alors plus important pour l'étudiant de prendre le savoir non pas comme un produit fini au moment où l'enseignant le lui communique, mais plutôt de s'intéresser à sa structure. C'est dans cette étude du savoir, dans la recherche de l'appropriation de la connaissance que l'individu se développe.

Nous abordons là les bases du courant pédagogique de l'éducabilité cognitive qui consiste pour l'enseignant à apprendre à l'étudiant à apprendre. **Lorsque l'on apprend en Ostéopathie comme ailleurs, il faut prendre la connaissance reçue et non pas juste la classer dans une**

¹³⁷ **Obtenir de la connaissance plutôt que de l'information** de William Garner Sutherland traduit par Pierre Tricot (p3 à 8), Apostill n°6, mars 2000.

boite, mais la disséquer pour l'intégrer à son organisation personnelle. Elle servira ensuite comme savoir et ne sera pas juste un répétition dénuée de raisonnement. Chaque savoir sera alors utilisable en interaction avec un autre savoir, ce qui permettra une approche holistique des connaissances liant les différentes structures les unes aux autres.

Deuxième Partie : Etude

Nous l'avons vu, la formation en Ostéopathie est un dispositif complexe à mettre en place avec les différents acteurs du processus pédagogique (enseignants, étudiants) et les différents mécanismes psychophysiologiques (liés tant à l'apprentissage qu'à l'enseignement), entraîne l'importance d'une organisation précise de la formation. L'Ostéopathie, et donc l'Ostéopathie crânienne, est un domaine encore jeune en matière d'enseignement et donc d'apprentissage. **Son évaluation peut apporter beaucoup à l'organisation de son processus, au confort que ce soit de l'étudiant dans son apprentissage ou de l'enseignant dans l'enseignement.**

Pour exposer les bases à mettre en place pour l'évaluation de la formation en Ostéopathie en général, et de l'Ostéopathie en particulier, nous allons reprendre ce qui est exposé dans les fiches éditées par le CEDIP ¹³⁸. Celui-ci est un service à compétence nationale du ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement durable et de la Mer. **Il intervient dans le domaine du management des compétences et de l'ingénierie de la formation qui touchent les différents leviers de la gestion du personnel, des compétences et de la formation. Le levier ici en question nous concernant dans ce travail de mémoire est l'évaluation.**

Dans l'évaluation d'une formation, il s'agit d'abord de mesurer des écarts, des différences entre un résultat prévu et espéré et le résultat effectif et non voulu. De ces constats, il faut ensuite déterminer les raisons des écarts et analyser le moment initiateur où le processus s'est écarté du processus prévu. Enfin, l'évaluation établit et propose des moyens pour moduler le processus de formation idéal et la réalité de la formation.

Cette évaluation de la formation peut être effectuée sur différents modes, il est possible d'évaluer une formation :

- sur l'état de satisfaction des étudiants et des enseignants,
- sur les connaissances et compétences acquises,
- sur le dispositif mis en place pour la formation,
- sur la pertinence de la formation par rapport à la pratique professionnelle.

¹³⁸ Site du CEDIP : <http://www.cedip.equipement.gouv.fr>

I - Evaluation d'un processus de formation

Pour évaluer un dispositif de formation, il faut tout d'abord **vérifier les processus et procédures mis en œuvre au cours de celle-ci et s'assurer que les rôles des différents protagonistes, enseignants, étudiants et établissements de formation ont bien été respectés.** Ensuite, cette évaluation tente de déterminer les écarts entre ce qui était prévu à l'origine et ce qui est effectué. Finalement, l'analyse de l'évaluation diagnostique, des étiologies des écarts entre le prévu et le réalisé, permet d'aboutir à des solutions adaptées aux différents problèmes rencontrés, pour améliorer les enseignements futurs sont proposées à l'organisation de la formation.

1. Organisation de la démarche d'évaluation, questionner les différentes étapes du dispositif

Pour cela l'étude prend en compte un cahier des charges de la formation qui, dans le cadre de l'Ostéopathie, amène à s'interroger sur tout le dispositif de formation, ce qui consiste finalement à définir les connaissances et les aptitudes indispensables à tout praticien ostéopathe.

Pour cela, il faut tenir compte :

- Du recueil des connaissances et compétences nécessaires de l'ostéopathe et de leur analyse descriptive ;
- Des moyens logistiques, techniques, à mettre en œuvre au cours de la formation ;
- Du programme de formation à mettre en place pour former à la discipline ;
- Des moyens de contrôle et d'évaluation de la formation.

De ce fait, l'évaluation ne doit occulter aucune partie du processus de formation et de son élaboration, elle doit l'appréhender dans sa globalité. Les questions que l'évaluation doit poser permettent de prendre la mesure des écarts à chaque niveau de contrôle et d'orienter vers les améliorations à prévoir. **Les niveaux de contrôle sont des éléments essentiels, indispensables du processus de formation que l'évaluation doit vérifier.** Pour chaque niveau de contrôle, il est important de poser des questions pour amener à la réorganisation du modèle évalué.

1.1. Evaluation du recueil des connaissances et compétences nécessaires de l'ostéopathe et de leur analyse descriptive

La formation en Ostéopathie vise à donner au futur praticien des compétences professionnelles qui, nous l'avons vu, tiennent à la fois de l'art, de la science et de la technique.

L'Ostéopathie s'appuie :

- sur un concept philosophique
- sur une éducation palpatoire
- et sur une large connaissance de l'Anatomie et de la Physiologie

Elle implique des compétences précises dans la connaissance du fonctionnement du corps humain et des interrelations entre les systèmes. Le corps et le psychisme qui l'anime ne pouvant être dissocié, l'ostéopathe doit également développé des **compétences relationnelles** pour soutenir le patient dans la résolution de ses troubles. L'ostéopathe doit se constituer une vision globale du patient, établir un schéma lésionnel et entrevoir un traitement dans le temps en s'attachant à la prévention de troubles. De ce fait, le recueil et l'analyse des besoins pour une pratique fiable et responsable de l'Ostéopathie implique un travail minutieux. **Ce travail est effectué par l'équipe pédagogique sur des bases établies par le législateur et les institutions ostéopathiques.**

1.2. Evaluation des moyens logistiques et techniques mis en œuvre au cours de la formation

Suite à l'analyse du projet pédagogique, il faut désigner les instances qui vont concevoir le programme de formation et les institutions qui vont le mettre en œuvre. **Il y a alors intérêt de fixer l'objectif pédagogique pour former de futurs praticiens ostéopathes et d'établir un contrat reprenant les différents critères définissant le praticien ostéopathe.**

Ce cahier des charges comprend donc différents éléments, que ce soit le résultat des analyses des instances ostéopathiques, comme celui de celles des réseaux ou conférences de plusieurs établissements ou anciennement collégiale académique, ou bien que ce recueil soit établi par l'institution, l'établissement formateur lui-même. Ce tableau reprend les différents éléments du référentiel à constituer pour mettre en place une évaluation initié soit par l'**instance ostéopathique** (Collégiale, Registre, Syndicat, ...) soit l'**institution** (Collège, Centre de formation, Ecole, Institut, ...).

Proposition du contenu du cahier des charges des instances et de celui des établissements et centres de formation en Ostéopathie. (O oui / . non)	instance	institution
But de la formation, former un praticien ostéopathe selon les critères préétablis par les autorités légales, médicales, syndicales.	O	O
Objectifs de la formation en matière de compétences et de connaissances requises pour cette pratique.	O	O
Objectifs pédagogiques à atteindre tout au long du processus pédagogique.	.	O
Moyens de professionnalisation de l'étudiant mis en place dans le processus pédagogique.	.	O
Attentes des instances concernant le travail des institutions et les moyens techniques qu'elles mettront en œuvre.	O	.
Corps enseignant : qualités, références et compétences.	O	.
Présentation du programme pédagogique défini par l'institution.	.	O
Contenu de la formation : philosophie, concepts, principes, ouvrages de référence.	O	O
Documents pédagogiques au minimum à fournir aux étudiants : photocopiés sur le contenu, plan du cours, fiches pratiques, ...	O	O
Documents pédagogiques fournis aux étudiants par l'institution : documents fournis, plan effectif des cours, supports pédagogiques utilisés,	O
Critères de sélection des étudiants : niveau d'études, formations pré-requises, concours d'entrée, entretien psychologique, ...	O	O
Détail des heures allouées à chaque cours.	.	O
Evaluations souhaitées au minimum et modes de sanction du cursus de formation.	O	O
Bilan financier de la formation : prix pour les étudiants, pour les partenaires financiers, ...	O	.
Types des salles de cours (effectif, tables de pratique ou non) et moyens pédagogiques (rétroprojecteurs, vidéo, ...).	.	O

1.3. Evaluation de la mise en place du programme de formation pour former à la discipline

Pour la mise en place du programme de formation, les différentes structures et établissements ont à effectuer à leur niveau un choix d'intervenants et d'enseignants. Ceux-ci sont mis à contribution pour l'élaboration du programme de formation en fonction du cahier des charges de l'instance, c'est-à-dire en cohérence avec les objectifs de formation. **Institution** et **enseignants** élaborent les différents objectifs pédagogiques ainsi que les modalités pour leur mise en place.

Chacun des intervenants devra voir sa tâche bien spécifiée, consignée et définie dans le processus selon les critères suivants :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- thème de l'intervention, tâche pour laquelle l'intervenant a été désigné,- objectifs pédagogiques,- contenu de l'intervention,- documents de référence pris en compte,- date et le lieu de l'intervention,- interaction avec les autres intervenants. |
|--|

1.4. Evaluation du déroulement du processus de formation

L'**institution**, école d'Ostéopathie, centre de formation, institut, collège, met en œuvre un programme de formation. Les différentes actions et séances dédiées à la formation répondent aux **objectifs fixés par le cahier des charges de l'institution**, lui-même résultant de l'**analyse du cahier des charges de l'instance**, qui à son tour découle du **recueil des conditions d'exercice de la profession rédigé par les autorités légales, médicales, syndicales** statuant sur la profession.

1.5. Evaluation des moyens de contrôle et d'évaluation de la formation

Le **centre de formation** doit conduire cette évaluation tout au long de la formation que ce soit pendant la formation, à chaud, ou après la formation, à froid. Une évaluation de celle-ci à différentes étapes chronologiques permet de mieux appréhender la qualité de la formation, en mettant en évidence notamment **les besoins et les attentes des étudiants, futurs ostéopathes, et de l'instance, ostéopathes en exercice.**

1.6. Evaluation des connaissances et compétences acquises

Ce mode d'évaluation est souvent celui qui permet de sanctionner ou non un étudiant au passage d'un niveau pédagogique. Cette évaluation est effectuée tout au long de la formation par l'**équipe pédagogique**. C'est sous la forme d'examens, de tests, de devoirs surveillés ou plus pratiques, de cas cliniques, de cas pratiques, que l'enseignant contrôle la progression de l'étudiant dans le processus d'apprentissage. **Ces opérations de contrôle et de suivi apportent des informations factuelles et objectives**. En effet, la correction du devoir ou le débriefing de la pratique rendent compte des connaissances ou de l'absence des connaissances de l'élève.

Cette évaluation permet à l'enseignant :

- d'un **point de vue individuel** d'orienter l'étudiant à travers le processus pédagogique et ainsi de s'assurer de l'homogénéité de la promotion
- d'un **point de vue collectif**, si l'écart se révèle être commun à l'ensemble de la promotion, l'enseignant module sa méthode et le contenu enseigné.

L'**enseignant** dispose également de moyens pour interpréter et apprécier **subjectivement** la progression de l'étudiant. Son jugement est certes basé sur les résultats obtenus dans les tests, mais l'enseignant évalue aussi l'étudiant à travers sa communication avec lui où il fait part de ses doutes, de ses sensations face à l'apprentissage, d'une autoévaluation présentant autant ses points forts que ses points faibles d'élève. L'enseignant peut alors **rendre compte des conditions d'apprentissage de l'étudiant**, il peut mettre en corrélation ce qui semble être intégré sur le plan objectif des examens et sur les plans subjectifs de l'étudiant et de l'enseignant lui-même. De cette subjectivité découle l'importance de bien organiser ce type d'évaluation, car si l'enseignant n'est pas superviser dans sa tâche, cette subjectivité peut fausser l'évaluation.

1.7. Evaluation du processus de formation dans son ensemble

L'**institution**, l'école d'Ostéopathie, effectue une analyse et porte un jugement de valeur sur le processus de formation. Le centre de formation se fait une idée de la qualité de son programme de formation et les modulations à effectuer s'effectuent en fonction :

- des résultats de l'**évaluation continue du processus**
- des résultats **des étudiants**
- du retour **des ostéopathes** par rapport à leur exercice professionnel

L'évaluation de la formation en Ostéopathie permet de vérifier sa cohérence et son efficience par rapport aux attentes des instances ostéopathiques. En s'interrogeant sur les différentes étapes du processus d'apprentissage, l'analyse des écarts par rapport au projet initial

permet de **différencier les points à surveiller ainsi que des améliorations** que les changements apportent. Elles orientent la formation en fonction :

- des **réalités professionnelles**
- des **attentes des autorités légales et médicales** qui imposent des règles pour inscrire les professionnels ostéopathes dans un parcours santé pluridisciplinaire.

C'est le rôle de l'école d'Ostéopathie de s'interroger sur la qualité de son dispositif de formation, tant sur son déroulement que sur ses enseignants, le contenu de l'étude et même sur ses étudiants.

2. Evaluation de la formation par les étudiants

La formation d'Ostéopathie est longue et coûteuse, elle nécessite un investissement personnel important. Les étudiants sont :

- soit **lycéens ou étudiants bacheliers** et suivent une **formation initiale** au volume horaire conséquent
- soit ce sont des **professionnels de santé** qui s'engagent dans cette **formation en parallèle** d'une activité professionnelle

Dans les deux cas le coût et le temps employé dans cette formation imposent un retour sur investissement de la formation en matière de qualité et de sérieux.

La satisfaction n'est pas un des principaux critères pour rendre compte de la réussite du processus pédagogique, mais les **institutions de formation en Ostéopathie** se doivent d'en tenir compte pour ne pas avoir à faire face au mécontentement et au départ de leur étudiant vers d'autres structures. La satisfaction des étudiants c'est leur ressenti, leur jugement porté sur la formation. Très utilisée, cette évaluation donne l'opportunité aux étudiants de donner leur opinion. **Pratiquée à chaud elle est l'occasion en fin de cursus ou enfin de séance, de réunir enseignants et étudiants sur un même niveau de dialogue et d'effectuer un bilan commun.** Évaluer le degré de satisfaction des étudiants en Ostéopathie va ainsi permettre d'améliorer le contenu et la forme des prestations pédagogiques en fonction de la qualité attendue des interventions et de leur utilité dans la future pratique professionnelle des étudiants. De plus, nous l'avons vu, **le caractère émotionnel de l'apprentissage est à prendre en compte pour favoriser son développement et ainsi permettre au plus grand nombre de réussir.** C'est un mode d'évaluation important mais qui reste difficile à utiliser car la satisfaction de l'élève ne se fait pas toujours au profit de la qualité de l'enseignement. Il faut toujours employer ces résultats à titre indicatif, les connaissances et les compétences de la profession d'ostéopathe restant les seuls buts à atteindre.

2.1. Buts de l'évaluation de la formation par les étudiants

En fin de formation mais surtout pendant la formation, la satisfaction des étudiants et leur point de vue sur la formation est donc le moyen de moduler le processus d'apprentissage au même titre que l'évaluation des connaissances et des compétences. L'objectif de ce type d'évaluation est d'**avoir une idée plus réaliste de la situation qui ne transparaîtrait pas forcément dans l'analyse factuelle des résultats aux tests et examens**. De cette représentation plus proche de la réalité, l'**institution** et l'**enseignant** pourront faire des choix pédagogiques plus judicieux. Il faut néanmoins que les résultats de cette évaluation de la satisfaction des étudiants soient le plus honnête possible, ce qui implique une responsabilisation des élèves. Ainsi, l'enseignant comme l'institution disposeront d'un outil important dans l'activité régulatrice et adaptatrice de l'enseignement à l'étudiant.

2.2. Principes de la démarche d'évaluation

L'évaluation passe par la recherche des moyens les plus judicieux pour la mise en évidence des critères et éléments définis par l'**administration initiatrice de l'étude**. **Les critères sont définis dans le cahier des charges, il faut à présent que l'intervenant cadre leur évaluation**. Il dresse une liste non exhaustive de critères d'évaluation en fonction du domaine à améliorer ou tout du moins celui où des dysfonctionnements peuvent apparaître. Les différents éléments présents déterminent un portrait du processus pédagogique et des moyens qui lui sont attribués. Pour rendre l'évaluation plus pertinente, nous avons abordés l'importance d'**évaluations parallèles sur les observations des enseignants sur les étudiants, ou sur les pré-requis, les attentes ou les motivations des étudiants**.

L'utilisation d'une notation dans le jugement porté par les étudiants sur les différents critères, permet d'**établir des références statistiques avec des moyennes**. L'utilisation de tableaux permet de mettre facilement en évidence des tendances dans les jugements d'un groupe, ce sont les outils de l'évaluation. Ainsi qualités et défauts du processus pédagogique sont plus visibles et plus facilement utilisables dans l'analyse. Une fois compilés, les résultats pourront être présentés de façon plus lisible pour présenter les conclusions de l'évaluation sous la forme d'un tableau, de graphiques. Dans les différents types de graphiques, l'intérêt est de mettre en évidence les points forts et les points faibles de l'étude. C'est un moyen clair et lisible de montrer rapidement les grandes lignes de l'étude. Avant de formuler les conclusions et de préconiser des solutions à mettre en place, l'utilisation de schémas tracent les grandes lignes de l'étude.

L'évaluation de la formation par l'**étudiant** à chaud permet une étude du processus pédagogique non négligeable. Plus que la satisfaction des étudiants c'est **leur analyse en tant qu'acteur principal de la formation qui apporte une réel source d'améliorations**. Bien entendu cette étude doit être cadrée et prendre en compte les contraintes de la réflexion des étudiants qui non motivée ou mal orientée peut entraîner un manque d'intérêt à analyser leur vécu. Ce type d'étude est donc une des sources de modulation de l'enseignement, il faut compiler aux attentes des étudiants les nécessités de la pratique professionnelle définies par les autorités légales et médicales et celles que nous allons abordés à présent qui sont définies par les instances professionnelles et résultent de l'analyse de la pratique professionnelle.

3. Évaluation de la formation par les professionnels

La formation en Ostéopathie doit permettre au futur ostéopathe de bien appréhender les réalités de la pratique professionnelle. Pour cela les compétences et connaissances intégrées durant le processus de formation doivent correspondre à la réalité de l'exercice futur. **La coopération entre les écoles d'Ostéopathie et les instances (conférences d'écoles, registre ou anciennement Collégiale) débouchent sur l'établissement d'un cahier des charges de la formation d'ostéopathe.** C'est en suivant ce protocole et en le faisant évoluer que les différentes institutions seront à même de former des professionnels compétents et responsables. Il faut que le dispositif de formation mis en place soit bâti sur les bases d'**un référentiel des compétences et des résultats (quantitatifs et/ou qualitatifs) à atteindre en fin de formation**. Nous l'avons vu les cahiers des charges de l'instance et de l'institution, ainsi que le recueil établi par les autorités légales forment ce référentiel.

L'évaluation hors contexte scolaire a néanmoins ses limites. En effet il devient difficile de dissocier ce qui relève de la formation en école de ce qui relève de la vie professionnelle. Le jeune ostéopathe est sollicité pour différents types de formation postgraduate, des séminaires, un compagnonnage en tant qu'assistant, une autoformation. De plus entre l'achèvement de la formation en école et l'évaluation le temps est passé, **les connaissances se sont réorganisées au gré des oublis, de l'attachement de l'ostéopathe à certains enseignements et de l'exercice professionnel.** Bref entre les nouvelles sources d'enseignement hétérogènes et la remise en question de l'enseignement, l'évaluation de l'impact de la formation en institution sur la pratique professionnelle est rendue difficile. Il faut alors pour évaluer la qualité de la pratique professionnelle d'abord s'attacher à un constat des faits.

L'évaluation portera sur l'analyse des résultats des prestations des ostéopathes, des analyses réalisées par l'ostéopathe lui-même mais aussi en collaboration avec d'autres praticiens en effectuant des jeux de rôle, des mises en situation, des observations de cas réels. D'autre part cette évaluation pourra se faire sous la forme d'un diagnostic reprenant différents dysfonctionnements remarquables dans la pratique et en déterminant les causes de ceux-ci.

3.1. **Buts de l'évaluation de la formation par les professionnels**

L'évaluation des applications professionnelles d'une formation consistent à observer l'utilité des connaissances et des compétences intégrées pendant le processus et leur mise en application. Cette évaluation peut être effectuée par un collègue, un collaborateur, le chef du cabinet lorsque l'on est assistant, mais ce peut être toute la chaîne qui a défini les conditions de formulation qui peut vouloir se rendre compte de l'efficacité de son dispositif.

Dans cette évaluation il faut dissocier :

- **L'évaluation du savoir, savoir faire intellectuel et manuel et savoir être** : ce sont les ressources dans lesquelles le futur ostéopathe va puiser pour établir son diagnostic et son plan de traitement. Les modes d'apprentissage employés définiront le mode de mise en application de ces savoirs par l'ostéopathe qui ainsi en fera ses compétences. C'est de l'analyse des différentes compétences de l'ostéopathe que les autorités légales et médicales ainsi que les instances ostéopathiques vont établir le cahier des charges initiant le processus de formation.
- **Les compétences acquises, modes de raisonnement et autres réflexions propres à la pratique** qui découlent donc des savoirs acquis.

C'est une évaluation des effets de la formation, des connaissances intégrées, sur les compétences mises en œuvre dans l'exercice professionnel.

3.2. Mettre en évidence les compétences professionnelles acquises

L'étude à travers son dispositif met en évidence les compétences professionnelles acquises grâce à la formation. C'est le temps de la remise en question pour les instances et institutions ostéopathiques qui contrôlent ainsi l'efficacité du dispositif mis en place. Ce diagnostic tend à évaluer les acquis de la formation, il s'effectue pendant le déroulement de la formation ou bien dans le cadre d'une étude plus globale auprès des praticiens déjà en exercice visant à évaluer les acquis d'une formation.

- **Dans une première phase**, nous l'avons vu, c'est l'instigateur de l'étude, instance ou institution ostéopathique qui met en place un dispositif d'évaluation mettant à contribution les étudiants. Cette étude vise à **définir les écarts entre les connaissances et savoir-faire qui doivent être acquis pour la pratique professionnelle, et qui sont énumérés dans le référentiel de la formation, et les compétences réellement acquises constatées auprès des praticiens.**
- **Dans une deuxième phase**, le dispositif amène à **dissocier les écarts relevant bien de la formation de ceux qui découlent des influences du milieu professionnel (tutorat, compagnonnage, assistantat, ...) et de l'autoformation.**
- **Dans la troisième phase**, l'étude **contrôle les moyens pédagogiques** (matériels, bibliographiques, enseignants, aides pédagogiques, ...) dont les étudiants ont pu bénéficier au cours de l'acquisition des compétences définies comme objectifs de la formation.
- **Dans la quatrième phase** de l'étude le dispositif conclue par une **synthèse qui présente l'étude**. D'abord ce document rappelle les **compétences professionnelles acquises** en distinguant :

- **celles qui sont acquises**, dont l'intégration à la pratique professionnelle est incomplète par rapport au référentiel initial

- **celles qui restent à acquérir** qui doivent être ajoutées au référentiel de formation.

Le document de synthèse présente également les conclusions quant aux conditions d'acquisition des différentes compétences, il reprend les résultats mis en évidence par l'étude de la formation effectuée par les étudiants et celle effectuée par les professionnels. Ces conclusions exposent les résultats en faisant apparaître **le jugement porté par étudiants et professionnels sur les qualités et les défauts de la formation** qu'ils ont suivi.

3.3. Outils de l'étude des compétences professionnelles

Les modes d'évaluation : questionnaires, observation inter praticien, autodiagnostic, ... sont fixés dans le cahier des charges de l'évaluation. Ils sont toujours déterminés par les enjeux et les moyens de l'étude. Les évaluations s'effectuent par un **constat des compétences sujets de l'étude, le dispositif collecte alors des éléments factuels soit dans le but d'en tirer les conclusions de l'étude soit dans le but de préparer un diagnostic plus poussé de la formation.** Nous l'avons vu aussi le constat est un moyen de s'assurer de la fiabilité de l'étude à venir ou passée, comme c'était le cas pour la motivation des étudiants dans l'évaluation de la formation par les étudiants. Ces éléments factuels peuvent être étudiés selon différentes façons :

- **L'analyse des résultats :** Les éléments factuels sont tirés des prestations réalisées par le praticien et/ou l'observation des comportements du praticien soit par lui-même, soit par l'enseignant, soit par le tuteur, soit par un collègue du praticien. Les résultats sont les évolutions dans la pratique professionnelle, l'emploi des connaissances et savoir-faire acquis en formation et leur intégration en compétences professionnelles. C'est un constat critique qui est réalisé, il doit être cadrer pour éviter la subjectivité. Les résultats sont donc collectés à travers l'utilisation des questionnaires types qui permettent une lecture synthétique et la distinction rapide entre ce qui est et ce qui manque dans la pratique professionnelle évaluée.
- **L'avis de collègues et/ou collaborateurs :** Le praticien ostéopathe est généralement seul en cabinet, ce qui ne facilite pas le dialogue avec ses pairs. Néanmoins à travers le compagnonnage pour certains, le travail en équipe, les séminaires pour d'autres, le praticien ostéopathe peut juger de sa pratique par tiers interposé. Ce diagnostic apporte beaucoup à la fiabilité et la précision de la pratique thérapeutique. Toujours à travers des questionnaires ou des grilles type, le tiers récolte des éléments pour l'évaluation des compétences du praticien.
- **La mise en situation :** C'est le meilleur moyen de savoir si un praticien est compétent. La mise en situation, le cas réel, est employé en institution notamment en clinique ostéopathique. Le futur praticien évolue alors sur un plateau technique et dans des conditions proches de la réalité et c'est à l'institution de la rendre la plus réel possible. Ces cas clinique pratiques sont le cadre privilégié de l'observation des compétences professionnelles de l'ostéopathe.

Les évaluations peuvent également s'effectuer par un **diagnostic des compétences du praticien, le dispositif d'évaluation cherche alors à déterminer les causes de l'acquisition ou de la non acquisition de compétences chez le praticien**. Ce mode d'étude s'effectue à partir d'une collecte préalable d'éléments factuels qui tiennent d'arguments dans l'analyse des causes mise en évidence, qu'elles aient favoriser ou au contraire freiner l'acquisition de certaines compétences.

- **La grille d'autodiagnostic :** Elle est mise en place sur la base du cahier des charges de l'évaluation établi par les instigateurs de l'étude et elle vise à évaluer les objectifs professionnels formalisés dans le référentiel de la profession. Ce questionnaire reprend la liste des compétences nécessaires à une pratique professionnelle compétente et responsable, une liste des éléments à évaluer. C'est l'étudiant ou le professionnel qui indique lui-même le niveau de compétence qu'il pense avoir atteint dans les domaines évalués.

Principe d'une grille d'auto-diagnostic :

Compétences à acquérir	Niveau de maîtrise de chacune de ces compétences		
	Reste à acquérir	En cours d'acquisition	Acquise
1			
2			
3			
--			

- **L'entretien de co-diagnostic :** Suite à cette autodiagnostic, l'étudiant ou le professionnel s'entretient avec un tiers pour analyser les résultats du questionnaire et en tirer des actions à accomplir en commençant par l'arrêt de l'utilisation de pratiques incompatibles avec le référentiel de la profession, la programmation de futures formations ou de remise à niveau de certaines compétences (en séminaires ou en auto-formation). La planification de cette formation professionnelle continue établie par le praticien et un superviseur démontre une pratique professionnelle fiable et précise, et participe donc à la reconnaissance de la profession. En Ostéopathie l'importance des influences hétérogènes exercées sur le praticien après sa formation rendent impossible la constitution d'un référentiel commun à tous les

professionnels, mais néanmoins, un référentiel de base, fixé par les autorités légales et médicales ainsi que les instances ostéopathiques garantit une thérapeutique responsable qui assure la sécurité du patient et la fiabilité du traitement appliqué.

L'évaluation de la formation ou de la pratique professionnelle permet à tous les intervenants de porter un jugement de valeurs. La coopération entre les différents acteurs d'une étude permet une certaine neutralité qui est profitable à l'étude. En effet une étude neutre permet au plus grand nombre de la considérer fiable et donc au plus grand nombre d'accepter de mettre en place les modifications préconisées. L'objectivité des résultats est soumise à la visibilité des dispositifs (référentiel de la profession ou cahier des charges de la formation) et à l'explicitation des modalités de l'étude. Compte tenu de la base subjective de l'étude, étudiants ostéopathes comme praticiens, l'évaluation doit être bien cadrée et bien définie par des objectifs grâce à une réflexion conduite en amont. **En réalité l'étude de la qualité d'une formation comprend plusieurs études notamment une relative à l'évaluation de la formation par l'étudiant et une relative à l'évaluation de la formation par le professionnel.**

II – Propositions pour une étude de l'évaluation de l'enseignement de l'Ostéopathie crânienne et de son apprentissage

1. But de l'étude :

Depuis le début des années 2000, la reconnaissance de l'Ostéopathie par les autorités légales et médicales a entraîné une remise en question de la pratique professionnelle et donc de l'enseignement de l'Ostéopathie. Pour se plier aux prérogatives du législateur, les instances et les institutions ostéopathiques ont modifier leur façon de penser l'enseignement des différentes disciplines dont celle de l'Ostéopathie crânienne. En effet cette réorganisation de l'enseignement de l'Ostéopathie a amené des remaniements de l'enseignement pour certaines écoles (tant du point de vue volume horaire que du programme). Le législateur a bien établi les **critères minimum à nécessairement mettre en place pour une pratique professionnelle de l'Ostéopathie mais certains domaines, dont l'abord scientifique est inexistant ou peu convaincant, ne sont pas réglementés.**

Ainsi, comme l'Ostéopathie viscérale ou l'Ostéopathie crânienne (Ostéopathie dans le champ crânien), **certaines disciplines n'ont pas un enseignement normalisé et commun dans tous les établissements.** Le but d'une telle étude est d'effectuer un état des lieux de l'enseignement de l'Ostéopathie de l'axe crâniosacré et d'établir une réflexion voire des

propositions dans le but de mieux définir les bases essentielles et nécessaires à l'enseignement de l'Ostéopathie dans le champ crânien et de l'apprentissage des futurs ostéopathes. A travers des questionnaires adressés autant aux étudiants qu'aux professionnels ayant suivi un enseignement en Ostéopathie, **il faut évaluer quelles sont les compétences nécessaires en Ostéopathie crânienne pour la pratique professionnelle et en déduire quels seraient les connaissances à acquérir au cours de la formation.** Bien entendu au-delà du simple savoir il faut définir les modes d'apprentissage à intégrer à l'enseignement de l'Ostéopathie crânienne pour permettre au futur praticien d'intégrer les connaissances en compétences professionnelles. Cette étude se heurtera à la grande hétérogénéité des pratiques en Ostéopathie qui découle des idées défendues par les différentes institutions.

L'étude doit d'abord consister en l'établissement d'une liste des différentes connaissances et compétences à détenir pour pratiquer des techniques ostéopathiques appliquées à la sphère crânienne de façon raisonnée et raisonnable. Cette liste de connaissances établie, il faudra concevoir un **questionnaire qui sera présenté à un panel représentatif d'étudiants et de professionnels.** Enfin les résultats seront analysés pour, au travers de ce qui est enseigné à l'étudiant et de ce qui est utile au praticien ostéopathe, **déterminer un programme de formation à l'ostéopathie crânienne le plus efficient.**

2. Compétences de l'ostéopathe selon la Norme des compétences de l'ostéopathe 2004 ¹³⁹

Cet ensemble de compétences, savoir, savoir faire, savoir être, sont les caractéristiques de la profession d'ostéopathes. L'*Académie Ostéopathique de France*, le *Registre des Ostéopathes de France* ont fixé une *Norme des compétences de l'ostéopathe*.. Ces compétences sont les objectifs de formation que le futur professionnel se devra d'intégrer au cours de sa progression dans le processus de formation. Dans chacun de ces domaines le futur praticien et le praticien doivent intégrer à leur pratique différents éléments qui au fur et à mesure de leur intégration sanctionnent un niveau de maîtrise de la compétence allant de 4, la sensibilisation au domaine, à 1 l'expertise au sein du domaine abordé ¹⁴⁰. **Les différents domaines interagissent entre eux mais une évaluation précise de chacun d'entre eux est nécessaire pour s'assurer du niveau de compétence du praticien.**

¹³⁹ « Norme de compétence de l'ostéopathie » Registre des ostéopathes de France, 2004..

¹⁴⁰ « Norme de compétence de l'ostéopathie » Registre des ostéopathes de France, 2004.

Ces compétences sont donc les bases communes à tous, indispensables à la pratique de l'Ostéopathie. Les notions de connaissances, de conduite à tenir, de palpation apparaissent dans les compétences à acquérir. L'ostéopathe, praticien de première intention, peut se retrouver confronté à des cas particuliers qui l'amèneront à réorienter son patient. Mais, bien que faisant partie du parcours santé, et bien qu'interagissant avec d'autres thérapeutes, **face au patient c'est lui seul qui se retrouve à devoir répondre au mieux au motif de consultation, à la demande du patient**. Ces nombreux cas de figures que va rencontrer l'ostéopathe lui impose de posséder des connaissances et des compétences pour adapter son mode opératoire à chaque patient. **De plus en fonction de ses propres sensibilités, le praticien adoptera une attitude également spécifique**. Ainsi pour décrire au mieux les compétences nécessaires à la pratique de l'ostéopathie, il faut analyser les compétences cognitives, ne pas réduire le travail de l'ostéopathe à un simple geste opératoire, mais plutôt conclure que les compétences de l'ostéopathe, au-delà de la pratique manuelle, consistent en des démarches mentales, des stratégies cognitives, des raisonnements qui aboutissent finalement au traitement manuel.

3. Référentiel des compétences professionnelles en Ostéopathie dans le champ crânien

L'ostéopathe de part son concept thérapeutique s'attache à déterminer au travers de tests ostéopathiques, les restrictions de mobilité qui se manifestent chez le patient. La recherche de perte de mobilité se réalise en identifiant la quantité et la qualité de la restriction. Une fois le diagnostic ostéopathique établi, les normalisations des dysfonctions ostéopathiques seront effectuées par des réponses manuelles non forcées, **des gestes spécifiques et contrôlés**. Ceux-ci auront pour but la restauration de la mobilité du ou des mouvements perturbés dans la limite des amplitudes physiologiques et la restauration des qualités fonctionnelles des tissus mous.

Pour étudier les compétences spécifiques à l'Ostéopathie dans le champ crânien, il faudrait pouvoir séparer la pratique d'une Ostéopathie du champ crânien de la pratique ostéopathique. L'approche holistique du patient par l'ostéopathe et la nécessité d'une pratique sécurisée impliquent que les compétences de l'ostéopathe pour l'abord de la sphère crânienne comprennent tout ce qui est lié à cette sphère. Hors, le concept ostéopathique induit que **tout l'individu, son environnement interne comme son environnement externe sont unis par des liens anatomiques et physiologiques à toutes les structures qu'il comprend**.

Ainsi, **les compétences nécessaires à la pratique d'une Ostéopathie appliquée dans le champ crânien, sont les compétences à la pratique de l'Ostéopathie « tout court ».**

Ces compétences sont définies suivant plusieurs modes, il y a celles qui relèvent des interactions avec le patient et son environnement et celles qui relèvent des aptitudes nécessaires à l'application de leur thérapeutique.

Les ostéopathes exclusifs sont en mesure :

- **d'exercer leur activité de manière autonome, responsable et interdisciplinaire** selon les connaissances les plus récentes de la science et de la technique, en tenant compte des aspects tant éthiques qu'économiques ;
- **d'analyser, d'évaluer de manière critique** et de mettre en oeuvre les informations et les résultats de recherche issus de leur domaine ;
- **de communiquer de manière objective et ciblée** avec leur patient et toute autre personne impliquée, en particulier sur les résultats obtenus et leur interprétation ;
- **de prendre en charge les patients en collaboration** avec d'autres professionnels ;
- **de prendre en considération les compétences d'autres professions** de santé reconnues ;
- **de reconnaître et de respecter les limites du traitement ostéopathique.**

Les ostéopathes sont donc aptes à :

- **recueillir une anamnèse ;**
- **effectuer un examen clinique ;**
- **reconnaître les tableaux cliniques ;**
- **poser sur cette base un diagnostic différentiel** permettant de se déterminer sur la prise en charge du traitement ostéopathique ou sur la réorientation du patient vers un médecin pour y subir un traitement ou des examens supplémentaires ;
- **traiter les symptômes et les maladies relevant de leur champ d'activité professionnelle.**

4. Liste des différents domaines de compétence

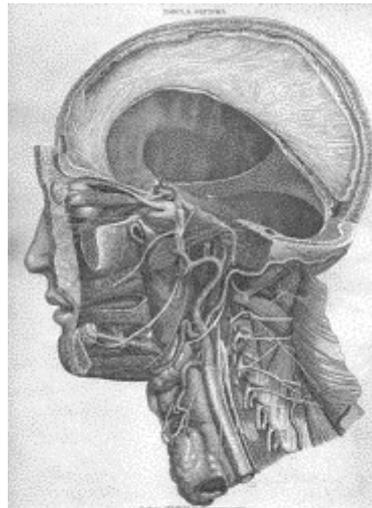
Nous avons repris les différents items se rapportant aux différentes facettes de la profession d'ostéopathe, c'est La liste des différents domaines de compétence établie par les instances ostéopathiques ¹⁴¹. Nous citons ici ceux en rapport avec **l'enseignement et l'apprentissage de l'Ostéopathie dans le champ crânien.**

- **A Connaissance du concept et des principes fondateurs de l'Ostéopathie :** Les notions d'unicité de l'individu, et des liens qui unissent les différents éléments composant cet individualité. Pour l'ostéopathe, c'est l'étiologie du motif de consultation qu'il faut déterminer, et le traitement ostéopathique tend à un retour à l'homéostasie et donc à une guérison reposant

¹⁴¹ « Norme de compétence de l'ostéopathie » Registre des ostéopathes de France, 2004.

sur les phénomènes physiologiques du corps humain. Le retour à la mobilité des structures du corps par des techniques manuelles favorise les échanges au sein des tissus et donc leur trophicité et leur fonction.

- **B Autres connaissances relatives à l'exercice compétent de l'Ostéopathie offrant une sécurité optimale au patient** : La pratique de l'Ostéopathie ne se repose pas que sur les concepts ostéopathiques, elle est aussi basée sur des connaissances issues de recherches scientifiques validées et actuelles. C'est de la mobilité des structures du corps humain que l'ostéopathe appréhende l'état de santé de son patient que ce soit sur un plan curatif ou préventif.



Les membranes de tension
réciproques

- **C Compétences cognitives acquises avec les savoirs de références** : Le praticien ostéopathe doit appréhender le motif de consultation en faisant preuve de réflexion, qui basée sur ses connaissances, lui permet d'établir un diagnostic ostéopathique qui s'inscrit dans les limites de sa pratique et qui tend au bien-être du patient.

- **E Aptitudes personnelles** : L'autocritique du praticien permet à l'ostéopathe de fixer les limites de sa pratique. De plus il doit faire appel à sa capacité à raisonner dans les trois dimensions de l'espace et dans celle du temps pour appréhender le patient et le motif qui l'amène à consulter.



Still contemple un fémur.

- **G Aptitudes à traiter les informations et les données** : Le praticien, en plus de sa relation thérapeutique avec le patient, doit pouvoir produire des documents justifiant des conditions de sa pratique, et il doit être capable de trouver des documents informatifs pour justifier de sa pratique.
- **H Collaboration et coopération intra et interprofessionnelles** : L'ostéopathe s'inscrit dans le parcours santé de son patient. En tant que consultant de premier rang, il se doit d'interagir avec les différents acteurs de Santé et de s'assurer que sa thérapeutique est à chaque fois judicieuse et l'inscrire en tant que complémentaire au même titre que toutes les thérapeutiques.
- **K Autoévaluation et développement professionnels** : L'ostéopathe s'engage à poursuivre une formation continue qui sera fonction des manques que lui-même déterminera. Le développement personnel est partie intégrante du développement professionnel.
- **L Identification et évaluation des besoins du patient** : L'ostéopathe doit mettre en évidence au travers de la relation thérapeutique les besoins du patient et cela le plus précisément possible. L'examen tant au niveau de l'anamnèse qu'au niveau clinique doit être le plus pertinent possible.
- **M Acquisition et mise en valeur des aptitudes à la palpation ostéopathique** : L'aptitude à la palpation caractérise la pratique thérapeutique ostéopathique, cette perception est développée durant la formation et sans cesse améliorée pendant l'activité professionnelle.



Traitement ostéopathique
général du rachis lombaire

- **N Planification et justification des interventions thérapeutiques ostéopathiques :** Le traitement ostéopathique est organisé autour d'un axe justifié et efficient. L'ostéopathe organise son interaction thérapeutique avec le patient en n'omettant pas une éventuelle réorientation et/ou l'avis d'un autre praticien.
- **O Surveillance des interventions thérapeutiques ostéopathiques et engagement envers le patient :** La sécurité et le bien-être du patient sont toujours pris en considération par l'ostéopathe, la thérapeutique est conditionnée par le contexte, les doléances, les attentes et le consentement éclairé du patient. L'ostéopathe et le patient doivent travailler en ayant un maximum d'informations l'un et l'autre, un climat de confiance réciproque est mis en place.
- **P Conduite du traitement ostéopathique et gestion du patient :** Le traitement ostéopathique mis en place doit pouvoir être justifié dans son utilisation et dans ses paramètres. Les indications, contre indications, effets secondaires, effets indésirables sont connus par le praticien qui les emploie de manière honnête, réfléchi et responsable.



Traitement général de
l'articulation scapulo-thoracique

- **Q Evaluation de l'évolution de l'état de santé du patient après traitement ostéopathique :** Le thérapeute ostéopathe effectue un suivi du patient en amont comme en aval de la consultation. Il évalue de façon objective sa pratique et les modifications qu'elle entraîne chez le patient.

- **R Conseils pour la promotion et le maintien d'un mode et d'une hygiène de vie équilibrés** : L'ostéopathe tend à redonner au corps du patient toute son intégrité fonctionnelle. En plus de sa thérapeutique, le praticien saura conseiller de manière éclairée et cohérente le patient dans son habitus et son hygiène de vie pour améliorer l'état de santé et de bien-être du patient.

Pour chacune de ses compétences le praticien sera évaluer selon différentes modalités pour établir son niveau de maîtrise dans le domaine ou les savoirs considérés :

- Pour le **Niveau 4**, on qualifiera une **sensibilisation**, un **éveil**. Le domaine en question est connu de manière générale et superficielle. *Je connais, j'ai entendu parler.*
- Pour le **Niveau 3** qui qualifie une **mise en pratique**, le praticien est capable d'appliquer des règles, des conventions, des codes, des règlements, ... ce qui implique des connaissances spécifiques au domaine en question. *Je pratique, je sais faire.*
- Pour le **Niveau 2**, on parle de **maîtrise**, le thérapeute a intégré les connaissances en savoirs, il a une compréhension logique des données théoriques qui lui permet d'en déduire une pratique et d'avoir conscience de liens possibles avec d'autres domaines. *Je comprends, je maîtrise.*
- Pour le **Niveau 1**, c'est l'**expertise**, l'ostéopathe a une maîtrise des savoirs, des principes et de la pratique d'un domaine, il est capable de les faire évoluer en les reliant à d'autres domaines, il peut l'enseigner à d'autres. *Je fais évoluer, j'enseigne.*

Les ostéopathes sont des consultants de première intention, les patients viennent les consulter directement sans prescription médicale. Ils doivent être capables d'**établir un diagnostic différentiel précis et éclairé en prenant en compte les contre-indications dans leur prise en charge thérapeutique**. En outre ils doivent posséder les connaissances indispensables à l'exercice de leur profession sur les structures fondamentales et les mécanismes de fonctionnement du corps humain, du niveau moléculaire jusqu'à l'organisme entier dans toutes les phases de développement, en couvrant tout l'éventail de l'évolution, de l'état sain à l'état morbide. Autant que les compétences de l'ostéopathe, le praticien doit être capable de **mettre en œuvre des connaissances intégrées en savoirs tout au long de la formation** (en institution, en cabinet, en séminaire, ...).

5. Programme d'enseignement selon le Livre Blanc de l'Ostéopathie ¹⁴²

Dans un premier lieu, la formation consiste en l'intégration de nombreuses connaissances, des informations transmises par le formateur qui conduisent le futur praticien à organiser son

¹⁴² « Le Livre Blanc de l'Ostéopathie » réalisé par Guy Roulier et Michel Fischer, 1999-2000.

savoir pour pouvoir s'en servir et les utiliser quand il en a besoin, alors ces **connaissances deviennent compétences**.

Les textes actuels qui réglementent la pratique et l'enseignement de l'Ostéopathie, laisse une grande marge de manœuvre quand au contenu des cours. Dans tous les cas, **rien ne cadre réellement les contenus des cours**, et souvent, dans des programmes où les heures sont comptés, des disciplines comme l'Ostéopathie du champ crânien ou l'Ostéopathie de la sphère viscérale, **se retrouvent lésées voire marginalisées dans certains établissements**. En plus, le manque de bases scientifiques et médicales fiables rend difficile la mise en place de cours structurés par les gestionnaires qui fondent les programmes des différents établissements.

En 2000, un Livre Blanc a été réalisé à l'occasion de la mise en place de la *Commission Nicolas* visant à mettre en place les moyens d'une reconnaissance de l'Ostéopathie en France. Il y avait été présentée une liste des disciplines à enseigner dans la formation à la pratique ostéopathique, elle s'articule autour de cinq groupes de matières qui ne distinguent pas une ostéopathie crânienne ou une ostéopathie viscérale, d'une ostéopathie musculo-squelettique.

Extrait du rapport de la Commission Pédagogique : « *le programme des trois premières années doit comprendre l'ensemble de l'étude détaillée du musculo-squelettique, l'anatomie, la bio-mécanique, les techniques ostéopathiques (fluidiques, fasciales, fonctionnelles, myotensives, structurelles)*.¹⁴³

L'étude du chapitre crânien doit comprendre les dysfonctionnements de la sphéno-basilaire, de la base, de la voûte, de la face. »

Nous retrouvons dans la liste du Livre Blanc des notions remises en question par la communauté ostéopathique comme le MRP. Il apparaît que le crânien, l'ostéopathie crânienne, comme nous la nommons par abus de langage, **n'apparaît pas comme une discipline différenciée**, une matière à part. Avec l'ostéopathie viscérale, elles apparaissent seulement au niveau **des techniques ostéopathiques appliquées** au champ crânien, à la sphère viscérale. En 2000, la tête, le ventre, et les membres ne sont pas différenciés dans leur étude embryologique, physiologique, anatomique et pathologique, ce n'est que dans la mise en place des techniques que la distinction est faite. Un amalgame est fait entre techniques appliquées à une sphère (système, unité) et principes de techniques ostéopathiques.

6. Référentiel de la formation en Ostéopathie crânienne : Connaissances

¹⁴³ « Le Livre Blanc de l'Ostéopathie ; L'enseignement à temps partiel » réalisé par Guy Roulier et Michel Fischer, 1999-2000

et Savoirs

Nous avons vu que parler d'Ostéopathie crânienne est un abus de langage, nous devrions plutôt parler d'Ostéopathie dans la sphère crânienne, d'Ostéopathie dans le champ de l'axe crâniosacré ou pour d'autres de l'axe faciocrâniosacré. Plus qu'une discipline indépendante, l'ostéopathie crânienne revient à appliquer les compétences de l'ostéopathe dans le champ crânien. Cette sphère crânienne, cet axe faciocrâniosacré nécessite pour être appréhendé dans le concept ostéopathique de nombreuses connaissances que le praticien intègre en savoirs selon plus ou moins de maîtrise (voir les niveaux d'évaluation des compétences). Ces connaissances peuvent être soit des données anatomiques et physiologiques, soit des données techniques et pratiques. Nous avons dressés une liste non exhaustive de ces informations que l'ostéopathe doit connaître pour pratiquer sa thérapeutique dans le champ crânien.

Données fondamentales crâniennes

- **Concepts / Théories / Modèles**
- **Embryogenèse**
- **Organisation générale**
- **Initiations palpatoires**

Contenant.

- **Crâne**
 - 1) Les os du crâne
 - 2) Les Articulations du crâne
 - 3) Les Muscles du crâne
 - 4) L'Appareil fibreux du crâne
- **Rachis**
 - 1) Les os du rachis
 - 2) Les Articulations du rachis
 - 3) Les Muscles du rachis
 - 4) L'Appareil fibreux du rachis
- **Bassin (Sacrum, Coccyx, Iliques)**
 - 1) Les os du bassin
 - 2) Les Articulations du bassin
 - 3) Les Muscles du bassin
 - 4) L'Appareil fibreux du bassin
- **Méninges, membranes cérébrales et spinales**
 - (1) Les feuillets méningés : Pie-mère, Arachnoïde, Dure-mère
 - (2) La dure mère rachidienne
 - (3) La dure mère crânienne et ses expansions : Tente hypophyse, Faux du cerveau, Faux du cervelet et Tente du cervelet

Pour chaque item du Contenant, sont à développer :

Les Données Fondamentales :

- *L'Anatomie*
- *Les Rapports : Osseux et suturaires, capsulo-ligamentaires, myo-fasciaux, membraneux, viscéraux, neurologiques (SNC et nerveux, liquidiens (artériels, veineux, lymphatiques, LCR)*
- *L'Embryologie / L'Histologie*
- *La Physiologie / La Biomécanique / La Sémiologie*

- *La Physiopathologie / La Pathomécanique. / La Sémiopathologie*
- Les Pathologies Médicales :*
- *Les Descriptions / Les Sémiopathologies*
 - *Les Examens complémentaires*
 - *Les Outils thérapeutique*
 - *Les Diagnostics différentiels, d'exclusions*
- Les Approches Ostéopathiques :*
- *L'Anatomie palpatoire*
 - *Les Techniques **
- Les Synthèse / Les Liens / Les Ouvertures / Les Critiques*

**(Pour chaque variante de technique, seront abordés :*

- *Les Principes*
- *Le Mécanisme d'action*
- *L'Intérêt*
- *Les Tests diagnostiques*
- *Les Techniques de normalisation*
- *Les Tests de vérification)*

Contenu.

• **Le Système nerveux**

- (1) Le Système nerveux central
- (2) Le Système nerveux autonome
- (3) Le Système nerveux périphérique
- (4) Le Système neuroendocrinien

• **Les Liquides**

- (1) Le Liquide céphalorachidien
- (2) Le Système artériel
- (3) Le Système veineux
- (4) Le Système lymphatique

Pour chaque item du Contenu, sont à développer :

Les Données Fondamentales :

- *L'Anatomie*
- *Les Rapports : Osseux et suturaires, capsulo-ligamentaires, myo-fasciaux, membraneux, viscéraux, neurologiques (SNC et nerveux, liquidiens (artériels, veineux, lymphatiques, LCR)*
- *L'Embryologie / L'Histologie*
- *La Physiologie / La Biomécanique / La Sémiologie*
- *La Physiopathologie / La Pathomécanique. / La Sémiopathologie*

Les Pathologies Médicales :

- *Les Descriptions / Les Sémiopathologies*
- *Les Examens complémentaires*
- *Les Outils thérapeutique*
- *Les Diagnostics différentiels, d'exclusions*

Les Approches Ostéopathiques :

- *L'Anatomie palpatoire*
- *Les Techniques **

Les Synthèse / Les Liens / Les Ouvertures / Les Critiques

**(Pour chaque variante de technique, seront abordés :*

- *Les Principes*
- *Le Mécanisme d'action*

- *L'Intérêt*
- *Les Tests diagnostiques*
- *Les Techniques de normalisation*
- *Les Tests de vérification)*

Thèmes spécifiques

- **ORL**
- **Occlusodontie**
- **Sportif**
- **Pédiatrie**
- **Gériatrie**
- **Handicap**
- **Psychiatrie / Psychologie**

Une étude du dispositif d'évaluation de l'enseignement de l'Ostéopathie dans le champ crânien serait à mettre en place selon un protocole commun à tous les types de formation. C'est plus dans les éléments à évaluer que dans l'organisation de l'évaluation qu'il y a des différences. Pour l'Ostéopathie dans le champ crâniosacré, nous avons, ici de façon tributaire et grossière, énoncé les compétences et connaissances nécessaires selon nous à l'exercice de l'Ostéopathie dans le champ crânien, mais c'est aux acteurs de l'enseignement (instances, institutions, enseignant), compétents dans leur domaine, de composer la liste et les modalités d'une telle évaluation.

Conclusion

« Le développement de l'ostéopathie dépend de la valeur des praticiens et de l'évaluation de leur compétences. Mal pratiquée, l'ostéopathie crânienne est sans valeur et les patients mal traités participeront au discrédit de cette pratique. Bien pratiquée, elle sera une réponse aux maux que le parcours de santé classique ne parvient pas à faire disparaître ou pas de façon satisfaisante. Il ne s'agit pas de commercialiser une technique donc pas question de se sentir concurrent de qui que ce soit, et de laisser non plus la pratique devenir un nouveau

western pour opportuniste. »¹⁴⁴ (Bernard GABAREL)

Depuis le début du siècle, la reconnaissance de l'Ostéopathie par les autorités légales et médicales est l'origine de distensions dans les rangs des ostéopathes. La pratique professionnelle ostéopathique et son enseignement ont évolué pour se plier aux prérogatives du législateur. Les instances et les institutions ostéopathiques ont quelques peu remanié l'enseignement des différentes disciplines, comme celle de l'Ostéopathie dans le champ crânien, cela afin de rentrer dans le moule établi et ainsi de pouvoir être reconnues légalement. Selon les centres de formation, ce remaniement a entraîné des modifications tant du point de vue du volume horaire que du programme des cours des différentes disciplines, cela **pour mieux satisfaire les désirs du législateur**. Ceux-ci étant établis sur la base du référentiel du concept des médecines conventionnelles, certains champs d'application de l'Ostéopathie se sont vus être mis de côté, comme le champ crânien ou la sphère viscérale en général. En faisant des compromis pour sortir de la marginalité, le concept et la philosophie de l'Ostéopathie sont quelques peu malmenés, mais les principes de l'Ostéopathie, comme notamment la prise en compte de l'individu dans sa globalité, ne sont pas oubliés et **les ostéopathes, pour la plupart, savent l'importance de n'omettre aucune structure dans la prise en charge du patient**.

La pratique ostéopathique crânienne, comme la viscérale, peuvent paraître moins familière et peut-être plus difficile à mettre en place pour certains. Ainsi, les détracteurs de l'Ostéopathie appliquée dans le champ crânien remettent en cause ses principes. Pourtant les propres fondateurs de celle-ci n'en ont jamais fait un dogme et savaient l'importance de faire évoluer les modèles. La pratique sous-entend une permanente remise en question et donc une évolution de ses modalités. L'ostéopathe est toujours en train d'apprendre, il apprend comment son patient fonctionne, il apprend au corps du patient comment recouvrer la santé, et il apprend « comment ça marche ». Certes les arguments scientifiques manquent à l'Ostéopathie dans le champ crânien pour convaincre le plus grand nombre mais, ceci dit, pas plus dans ce domaine que dans celui de l'Ostéopathie en général. **Il est alors nécessaire de récolter des informations pour valider ce que l'empirisme a révélé à Andrew Taylor Still puis à William Garner Sutherland.**

Une étude généralisée au plus grand nombre : étudiants, institutions, praticiens, voire patients, permettrait d'établir ce qui est employé dans la pratique professionnelle :

- **les compétences nécessaires à l'appréhension de la sphère crâniosacrée**

¹⁴⁴ « Le crâne et la santé ; Conclusion » de Bernard Gabarel et Bernard Barillon, éd. Le courrier du livre, p59-60.

- **et les connaissances nécessaires à l'enseignement et l'apprentissage de cette Ostéopathie dans le champ crânien.**

A travers la synthèse de données bibliographiques et la définition des bases du travail d'évaluation, ce mémoire induit des ouvertures et des propositions pour l'élaboration d'un processus pratique d'évaluation. Ce travail a en effet mis en évidence **la nécessité d'une application concrète et pratique dans le domaine de l'évaluation de la formation en Ostéopathie crânienne afin d'établir les connaissances et compétences suffisantes et nécessaires à l'exercice de l'Ostéopathie dans le champ crânien.** Mais à l'image des compétences nécessaires à la pratique professionnelle ostéopathe, **ce processus d'évaluation nécessite que ce soit chacun des acteurs concernés (instance, institution, enseignants) qui le mettent en place en fonction de leur niveau de compétence.** Ce travail de mémoire, que nous avons réalisé, pourra alors servir de base à chacun pour établir le protocole d'évaluation de son niveau d'intervention dans l'Enseignement ou la Pratique de l'Ostéopathie dans le champ crânien.

LEXIQUE

Accommodation¹⁴⁵ : modification des structures biologiques de l'organisme, ou des structures cognitives du sujet en fonction des modifications du milieu.

Apprendre¹⁴⁶ : Acquérir, s'approprier des connaissances, des informations, des habitudes, des compétences, c'est modifier sa façon d'agir, de penser, etc.

Apprentissage¹⁴⁷ :

1. Formation professionnelle des jeunes **en vue d'apprendre un métier** ; **Temps pendant lequel on est apprenti** : entrer en apprentissage.
2. **Initiation par l'expérience à une activité**, à une réalité : faire l'apprentissage du malheur.
3. Ensemble des processus de mémorisation mis en œuvre par l'animal ou l'homme pour élaborer ou modifier les schèmes comportementaux spécifiques sous l'influence de son environnement et de son expérience.

Approche¹⁴⁸ : "Manière d'aborder un sujet de connaissance quant au point de vue adopté et à la méthode utilisée. (...) cf. aussi Démarche (...)".

Assimilation¹⁴⁹ : intégration d'éléments du milieu extérieur aux structures biologiques de l'organisme ou aux structures cognitives du sujet.

Déontologie¹⁵⁰ : ensemble de règles qui découlent du questionnement des valeurs (morale professionnelle).

- Le patient a le libre choix de son praticien et inversement, un praticien peut refuser pour des raisons qui lui sont propres, de soigner un patient sous condition de le recommander à un confrère.
- L'ostéopathe est un garant de la finalité et du bon usage des soins.
- L'ostéopathe collabore à la prévention et à l'éducation sanitaire du patient.

Diagnostique¹⁵¹ : adj, du substantif diagnostic : de dia (à travers) et gnosis (connaissance) : "Acte ou résultat de l'acte qui aboutit à identifier l'affection dont un patient est atteint à partir des données de l'interrogatoire et de l'examen".

¹⁴⁵ « Développement cognitif (Piaget) », support de cours de l'IUFM Limousin, par Philippe Lestage, 2008-2009, p 3.

¹⁴⁶ « Dictionnaire Larousse en ligne », <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>.

¹⁴⁷ « Dictionnaire Larousse en ligne », <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>.

¹⁴⁸ « Le Petit Robert. Version électronique », 2001.

¹⁴⁹ « Développement cognitif (Piaget) », support de cours de l'IUFM Limousin, par Philippe Lestage, 2008-2009, p 3.

¹⁵⁰ « Ostéopathie Chiropraxie, Rapport présenté par le professeur Bertrand Ludes à la demande du ministre de la Santé et des Solidarités », 2007.

¹⁵¹ « Dictionnaire de Médecine » éd Flammarion, 1991. p 260.

Dysfonction¹⁵² : "Perturbation ou anomalie de fonctionnement d'un organe ou d'un système".

Enseignant¹⁵³ : Qui enseigne : Personnel enseignant.

Enseigner¹⁵⁴ :

- **Faire apprendre une science, un art, une discipline à quelqu'un**, à un groupe, le lui expliquer en lui donnant des cours, des leçons : Enseigner les mathématiques à de jeunes enfants.
- (sans complément) Être enseignant : Il enseigne à l'université.
- Faire savoir quelque chose à quelqu'un, le lui faire connaître, le lui inculquer par une sorte de leçon ; **apprendre, montrer** : Elle m'avait enseigné comment vivre en société.

Éthique¹⁵⁵ : questionnement sur les valeurs.

- **Éthique clinique**, qui fixe les éléments définissant les relations avec le patient (indications, contre-indications, limites de la pratique).
- **Éthique relationnelle**, qui définit les relations avec les différents praticiens de santé. En effet, l'Ostéopathie doit être identifiée sans ambiguïté par rapport à toutes les autres pratiques corporelles manuelles.
- **Éthique et Santé Publique** :
 - l'intérêt individuel : c'est la conception des ostéopathes de la globalité dans l'unique.
 - l'intérêt collectif : c'est le phénomène social et préventif de l'Ostéopathie.

Lésion ostéopathique¹⁵⁶ : lésion neurophysiologique avec enkystement fonctionnel, perte de rythme et de mouvement, barrage informationnel. Elle peut être différenciée selon trois stades : adaptation, compensation, décompensation.

Étude¹⁵⁷ :

1. **Travail de l'esprit qui s'applique à connaître, à approfondir quelque chose.**
2. Effort intellectuel tourné vers l'acquisition de connaissances, vers l'apprentissage de quelque chose.
3. **Effort intellectuel orienté vers l'observation et la compréhension des êtres**, des choses, des événements : l'étude du milieu, de la Nature.
4. Travail préparatoire de mise au point ou de recherche : l'étude d'un projet.
5. Examen approfondi de quelque chose, analyse : l'étude détaillée d'un texte.
6. Dessin, peinture ou modelage exécutés d'après nature, afin de saisir la réalité sur le vif. L'étude peut être exécutée pour elle-même, ou comme préparation d'une œuvre plus élaborée.
7. Plage horaire, à la fin de la journée scolaire, permettant aux élèves qui le désirent de faire leurs devoirs et d'apprendre leurs leçons sous la surveillance d'un enseignant.

¹⁵² « Dictionnaire de Médecine » éd Flammarion, 1991. p 282.

¹⁵³ « Dictionnaire Larousse en ligne », <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>.

¹⁵⁴ « Dictionnaire Larousse en ligne », <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>.

¹⁵⁵ « Ostéopathie Chiropraxie, Rapport présenté par le professeur Bertrand Ludes à la demande du ministre de la Santé et des Solidarités », 2007.

¹⁵⁶ « L'homme, le crâne, les dents » de Michel Clauzade et Bernard Darailans, éd SEOO.

¹⁵⁷ « Dictionnaire Larousse en ligne », <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>.

Étudiant¹⁵⁸ : Personne qui fait des études supérieures dans une université ou un établissement d'enseignement supérieur, une grande école.

MRP¹⁵⁹ : (Mécanisme Respiratoire Primaire, CRI : Cranial Ryhtmic Impulse) toutes les structures du corps humain, articulaires, membraneuses, fluidiques, ... sont mobilisées dans la propagation de l'énergie libérée par le souffle de vie en fonction de leurs propriétés propres. Une combinaison des différentes réactions tissulaires est obtenue, une impulsion rythmique résultante, qui est à son tour redistribuée aux différentes structures corporelles. Le MRP n'existe pas en lui-même, ils consiste en un modèle anatomo-physiologique expliquant la dynamique de ces impulsions.

Pédagogie¹⁶⁰ :

- Ensemble des méthodes utilisées pour éduquer les enfants et les adolescents
- Pratique éducative dans un domaine déterminé ; **méthode d'enseignement** : La pédagogie des langues vivantes.
- **Aptitude à bien enseigner**, sens pédagogique : Manquer de pédagogie.

Santé¹⁶¹: "État de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS 1946)".

Thérapeutique¹⁶² : adj, du substantif thérapeutique : "Partie de la médecine qui étudie et met en application les moyens propres à guérir et à soulager les malades".

¹⁵⁸ « Dictionnaire Larousse en ligne », <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>.

¹⁵⁹ « Impulsion rythmique n'est pas Mécanisme Respiratoire Primaire » article de Patrice Tidiere, paru dans Ostéo, n° 51 (01/2000).

¹⁶⁰ « Dictionnaire Larousse en ligne », <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>.

¹⁶¹ Selon site de l'OMS <http://www.who.int/en/>

¹⁶² « Dictionnaire de Médecine » éd Flammarion, 1991. p 820.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLIRAND J C : « L'Ostéopathie et ses techniques », éd Maloine, 1979
- AMIGUES R. & ZERBATO-POUDOU M.-T. : « Les pratiques scolaires d'apprentissage et d'évaluation », éd Dunod, 1996.
- ANDRIEU Bernard : « Le monde corporel, De la constitution interactive de soi », éd L'âge d'homme,
- AO : « Définition de l'ostéopathie élaborée par les directeurs de département de l'Académie d'Ostéopathie de France (AO) », www.academie-osteopathie.fr, 2010
- AUQUIER Louis et ANDRE A : « Méthodes thérapeutiques non conventionnelles. Fédération des Académies nationales de médecine », Bibliothèque Acad. Natle Méd, mai 1998
- AUQUIER Louis : « Evaluation scientifique de l'Ostéopathie et de la Chiropraxie », rapport de l'Académie Nationale de Médecine, janvier 2006
- BARNIER Gérard : « Le tutorat dans l'enseignement et la formation, éd L'Harmattan, 2001
- BARNIER Gérard : « Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement », support de cours, IUFM d'Aix-Marseille, 2001
- BARRAL J P et MERCIER : « Les manipulations viscérales », éd MALOINE, 1983
- BARRAL Jean-Pierre et CROIBIER Alain : « Manipulations des nerfs crâniens », éd Elsevier, 2009
- BARTH B M : « Le savoir en construction », éd Retz, 1993
- BECKER Rollin : « Toucher diagnostique : principes et applications », traduit par Pierre Tricot
- BECKER Rollin E : « La méthode de Von Niederhoffer », 1979
- BELL François : « William Garner Sutherland a-t-il été influencé par Walter Russell ? », Apostill n°6, mars 2000
- BERTON Alain et JERMINI-THARIN Claude-Annick : « Ostéopathie crânienne, techniques et protocoles de traitement », éd Masson, 2008
- BERTRAND Y : « Théories contemporaines de l'éducation », éd Nouvelles Chroniques Sociales, 1998
- BERUBE Christian : « L'influence de l'intention du thérapeute sur les tissus du patient », thèse du Collège des études ostéopathiques de Montréal, 2008
- BEUSTES Laure : « Ostéopathie dans le Champ crânien », support de cours, Collège Ostéopathique Sutherland Aquitaine, 2005-2008
- BLOIS Aude (de) : « Étude qualitative sur la sensibilité palpatoire des étudiants en ostéopathie », mémoire Collège d'études ostéopathiques de Montréal, 2005
- BOIRON Christian : « La source du bonheur est dans notre cerveau », éd Albin Michel, 1998
- BOISACQ SCHEPENS Nicole et CROMMELINCK Marc : « Neurosciences », éd Dunoo, 2004
- BOISVERT Yves : « L'analyse Postmoderniste », éd L'Harmattan, 1997.

- BOURDINAUD Philippe : Revue Apo Still n°8, éd Sully, printemps 2001
- BROUSSEAU Guy : « Théorie des situations didactiques, textes rassemblés », éd La Pensée Sauvage, 1998
- BURNS Louise : « Laboratory proofs of the Osteopathic lesion », Journal AOA, 1931
- BUSQUET Léopold : « L'Ostéopathie crânienne », Introduction de Bernard QUEF, éd Frison Roche, 2007
- BUSQUET Léopold : « Traité d'Ostéopathie myotensive », éd Maloine, 1982
- CAMUSSO Dominique : « L'adaptabilité, un défi pour l'entreprise », éd L'Harmattan, 2001
- CAMUSSO Dominique : « Développement cognitif et entreprise », éd L'Harmattan, 1996
- CAMUSSO Dominique : « Les plans de formation », éd L'Harmattan, 2007
- CAMUSSO Dominique : « Méthodes de développement cognitif et théories de l'apprentissage », Paysages éducatifs, éd Emploi et développement cognitif, mars 2008.
- CANNENPASSE-RIFFARD Raphaël : « Biologie , médecine et physique quantique », éd Marco Pietteur, Résurgence, 1997
- CAPOROSSI R : « Le système neuro végétatif et ses troubles fonctionnels », édde Verlaque, 1995
- CARREIRO J E : « Une approche de l'enfant en Médecine ostéopathique », éd Sully, 2006
- CHAUFFOUR Paul : « The mechanical Link, Journal de l'Ostéopathie... précisément », article de
L'Ostéopathie ... précisément n°22
- CHOPRA Deepak : « La perception du réel », entretien avec Pierre TRICOT, 18 mai 1991
- CLAUZADE Michel et DARAILLANS Bernard : « L'homme , le crâne, les dents », éd SEOO, 1989
- CLAUZADE Michel et DARAILLANS Bernard : « Concept ostéopathique de l'occlusion », éd SEOO, 1989
- Conseil national du ROF : « Norme de compétence de l'ostéopathe 2004 », 2004
- http://www.legislation.hmso.gov.uk/acts/acts1993/Ukpga_19930021_en_1.htm, “Osteopaths Act. The United Kingdom Parliament, », 1993
- COQUAND Eric : « Intérêt et approche ostéopathique du cortex préfrontal », Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathie, 1999
- COTTIN H J et PRIMOR Y : « Pratiques nouvelles en éducation et en formation ; Tanagra », éd L'Harmattan, 1994
- CROIBIER Alain : « Diagnostique ostéopathique général », éd Elsevier, 2005
- DAMASIO Antonio R : « L'erreur de Descartes », éd Odile Jacob, 1995
- DAMASIO Antonio R : « Le sentiment même de soi, corps, émotions, conscience », éd Odile Jacob, 1999
- DEBRE Bernard : « PROPOSITION DE LOI portant diverses dispositions relatives à l'Ostéopathie et à la Chiropraxie », enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 février 2010.
- DEFRANCE Christian : « Philosophie ostéopathique », éd Eurostéo, 2002

- DELACOTE G. : « Savoir apprendre : les nouvelles méthodes », éd Odile Jacob, 1996
- DELION Eric, GICQUEL Philippe, RICHEUX Malo : « Perfectibilité de la main (essai de validation de l'apprentissage palpatoire) », Travail de fin d'études en ostéopathie, Centre de documentation et d'information de l'Académie d'Ostéopathie (AO)
- DEVELAY M. : « De l'apprentissage à l'enseignement », éd ESF, 1998
- DEWEY John : “Human nature and conduct : an introduction to social psychology”, éd Bibliobazaar, 2009
- DEWEY John : “Democracy And Education”, éd Cambridge Scholars Publishing, 2009
- DUCOUX Bruno : « La cinquième dimension de l'ostéopathie », Energie Santé n°73, 2007
- ETIENNE et LEROUGE : « Enseigner », éd Alain Colin, 1997
- FESSENMEYER Marie-Odile : « L'os , un élément diagnostique », éd Sully, 2008
- FEUERSTEIN Reuven : « La Pédagogie Feuerstein ou la pédagogie à visage humain », éd Le bord de l'eau, 2009
- FEUERSTEIN Reuven : « Pédagogies de la Médiation. autour du P.E.I », éd Chronique Sociale, 1990
- FITZGERALD M J T : « Neuroanatomie clinique et neurosciences connexes », éd Maloine, 2003
- FRANSISCO Alfonso Gomez de : « Le crâne ostéopathique : étude comparée d'anatomie », préface de Pierre Tricot, éd Sully, 2006
- FRYETTE H H : « Principes de la technique ostéopathique », éd Frison Roche, 1988
- GABAREL Bernard et BARILLON Bernard : « Le crâne et la santé », éd. Le courrier du livre, Avant propos de Claude Bernard, 1981
- GAONACH D. & GOLDER C. : « Manuel de psychologie pour l'enseignement », éd. Hachette Education, GAUTHIER Clermont et TARDIF Maurice : « La pédagogie - Théories et pratiques de l'Antiquité à nos jours », éd Gaëtan Morin, 1996
- GAUTHIER Clermont et TARDIF Maurice : « La pédagogie, Théories et pratiques de l'Antiquité à nos jours », éd Gaëtan Morin, 2005
- GEHIN Alain : « Techniques de manipulation des os du crâne et de la face, 2^{ème} édition », éd Verlaque, 2000
- GEHIN Alain : « Techniques ostéopathiques crâniennes », éd Masson, 2005
- GEHIN Alain : « Techniques de manipulation des os du crâne et de la face », éd Verlaque, 2000
- GERMAIN-RUTHERFORD Aline : « Les différentes théories de l'apprentissage », Université d' Ottawa, support de cours, novembre 2006
- GERSHON D : “The second brain”, éd. Harper-Perennial, 2001
- GERSHON Michael D : « d'après The second brain », Ca m'intéresse n° 246, Août 2001
- GIORDAN A. : « Apprendre! » éd Belin, 1999
- GILLY Michel, ROUS Jean-Paul et TROGNON Alain : « Apprendre dans l'interaction : analyse des médiations sémiotiques », éd Presses Universitaires Nancy, 1999
- GOLEMAN Daniel : « L'intelligence émotionnelle », éd Robert Laffont, 1997
- GOMEZ DE FRANSISCO Alfonso : « Le crâne ostéopathique : étude comparée d'anatomie », éd Sully, 2006

- GOUPIL G. & LUSIGNAN G. « Apprentissage et enseignement en milieu scolaire », éd. Gaëtan Morin, 1995
- GUILLOT Jean-Marie et GUIONNET Jean-Paul : « Médecine ostéopathique : le crâne », Préface de Didier FELTESSE, éd Maloine, 1987
- HAYNAL A PASINI W : « Médecine psychosomatique », éd Masson Paris 1997
- HAS (Hautes Autorités Sanitaires) : « Étude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe : Belgique, Royaume Uni, Suède, Suisse », juin 2006
- HERNIOU Jean Claude : « Le Mécanisme Respiratoire Primaire n'existe pas ! », interview par Guy ROULIER, *Æsculape* n° 10, Janvier/Février 1998
- HIGELE P, HOMMAGE G et PERRY E : « Ateliers de Raisonnement Logique, 6e édition », éd Jonas Formation, 1997
- HONNEGER Mark : « Dictionnaire de la Science de la Musique », éd Bordas, 1977
- ISSARTEL Lionelle et ISSARTEL Marielle : « L'Ostéopathie, exactement », éd Robert Laffont, 1983
- JALEOUS James : « Accepter la mort de l'ostéopathie : un nouveau départ », traduit par Jean-Hervé Francès, *Apostill* n°9, automne 2001
- JALLEY Emilie : « Wallon et Piaget ; Pour une critique de la psychologie moderne », éd L'Harmattan, 2006
- JANOV Arthur : « Le corps se souvient », éd du Rocher, 1997
- JARVIS William T : « La manipulation crânienne », NCAHF (National Council Against Health Fraud), www.charlatans.info/osteocranien.shtml, 2010
- JEGAT Ange : « Théorie et pratique de la communication », éd Presse de l'université, 1997
- JONES Henry, KUSUNOSE Randall, GOERING Edward, KUSUNOSE Randall S, GOERING Edward K : « Jones Strain-Counterstrain »
- JO (Journal officiel) de la République Française du 15 janvier 2010 : « Arrêté du 21 décembre 2009 modifiant la liste des établissements agréés dispensant une formation en Ostéopathie », édition n°12, 2009
- KORR Irvin : « Bases physiologiques de l'Ostéopathie », éd Maloine, 1982
- KRUMHOLZ Lucien et BORSARELLO Jean : « Ostéopathie et acupuncture », éd Marco Pietteur, 2009
- LABORIT Henry : « L'inhibition de l'action », éd Masson, 1980
- LAROCHELLE Marie et BEDNARZ Nadine : « À propos du constructivisme et de l'éducation », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 20, n° 1, 1994
- LASSERRE Jean-Luc : « Mémoire corps émotion », mémoire en Ostéopathie, <http://pagesperso-orange.fr/jeanlucasserre/>, 2002
- LECORRE François et RAGEOT Emmanuel : « Atlas pratique de Médecine manuelle ostéopathique, 2^{ième} édition », éd Masson, 2010
- LEDOUX J : « The emotional brain », éd Weidenfeld et Nicolson, 1996
- LEPINCE A : « Traité pratique de vertébrothérapie », éd Dangles, 1949
- LESTAGE Philippe : « Développement cognitif (Piaget) », support de cours de l'IUFM Limousin, par Philippe Lestage, 2008-2009

- LEVAME Jean Hubert : « Rééducation des traumatisés de la main », éd Arche Avers Sur Oise, 1965
- LIEM Torsten : « Ostéopathie Crânienne manuel pratique », traduit par Jean-Luc PRADEL, éd Maloine, 2010
- LOEB Jean-Philippe : « Modèle expérimental de validation de palpation inter juge », Collège d'études ostéopathiques de Montréal, 2006
- LOSTRA Françoise : « Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux n°29, 2009
- LUDES Bertrand : « Ostéopathie Chiropraxie, Rapport réalisé à la demande du ministre de la Santé et des Solidarités », 2007
- MAFFESOLI Michel : « La contemplation du monde », éd Le livre de poche, 1996
- MAGOUN Harold et SUTHERLAND William Garner : « Ostéopathie dans le champ crânien », éd Sully, 2004
- MIALET P : « Les Cubes », méthode, 1986
- MITCHELL F et MORAN P S et PRUZZO N A : « An evaluation and treatment manuel of osteopathic muscle energy procedures », 1979
- PALLARDY Pierre : « Et si ça venait du ventre ? », éd Robbert Laffont, 2002
- PHELPS Elisabeth : « Quand l'émotion renforce la mémoire », Science et vie Hors série n°212, Septembre 2000
- PIAGET Jean : « L'épistémologie génétique », Presses universitaires de France, 1970
- PRELS, HEFFERLINE et GOODMAN : « Gestalt thérapie », éd Stanké, 1979
- RICHTER Philippe et HEBGEN Eric : « Points gâchettes et chaînes fonctionnelles musculaires », éd Maloine, 2008
- RIVIERE Véronique : « L'activité de prescription en contexte didactique. Analyse psychosociale, sémio-discursive et pragmatique des interactions en classe de langue étrangère et seconde », Université de la Sorbonne nouvelle, Paris III, 2006
- ROULIER Guy et Michel FISCHER : « Le livre blanc de l'ostéopathie », 1999-2000
- ROULIER Guy : « L'Ostéopathie : deux mains pour vous guérir », éd Dangles, 1987
- RUANO-BORBALAN J.-C. : « Eduquer et former », éd. Sciences Humaines, 1995
- SAINTE ROSE Maurice : « La santé au bout des doigts », éd Robert Laffont, 2000
- SALMANOFF A : « Secrets et sagesse du corps », éd La table ronde, 1958
- SAMBUCY de A : « Nouvelle médecine vertébrale », éd Dangles, 1960
- SAMBUCY de A : « Gymnastique corrective vertébrale », éd Dangles, 1959
- SANDER David et KOENIG Olivier : « Vers un modèle computationnel des mécanismes émotionnels », Institut des Sciences Cognitives, CNRS, Laboratoire d'Etude des Mécanismes Cognitifs, Université Lyon 2, 2002
- SCHNEUWLY Bernard et HOFSTETTER Rita : « Sciences de l'éducation 19^{ème}-20^{ème} siècles. Entre Champs professionnels et champs disciplinaires », éd Peter Lang, 2001
- SCHUR Yaron et VALANIDES Nicos : « Dynamic Learning and Perceptual Changes », Paysages Educatifs, (<http://blog.paysages-educatifs.org/>), 2008

- SERGUEFF Nicette : « Ostéopathie pédiatrique », préfacé par Harold MAGOUN, éd Elsevier, 2007
- SKINNER B F : « La révolution scientifique de l'enseignement », éd Dessart, 1968
- SOLANO R : « Le nourrisson, l'enfant et l'Ostéopathie crânienne », éd MALOINE, 1986
- STEINERT Irène : « La médiation, une directive pédagogique d'enseigner d'une façon interactive », Paysages éducatifs, <http://blog.paysages-educatifs.org/category/Mediation>, 2008.
- STILL Andrew Taylor : « Autobiography », 1st Edition, 1897
- STILL Andrew Taylor : « Philosophy of Osteopathy »
- STILL Andrew Taylor : « Research and practice »
- STUBBE Laurent: « Editorial », ApoStill
- SUTHERLAND William Garner : « Obtenir de la connaissance plutôt que de l'information », traduit par Pierre Tricot, Apostill n°6, mars 2000
- TARDIF Jacques : « La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : documenter le parcours de développement dans un programme par compétences », L'Ostéopathie ... précisément, 2006
- TARDIF Jacques : « La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : axer la formation sur le développement de compétences », L'Ostéopathie ... précisément, 2005
- TARDIF Jacques : « La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : « La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : la dynamique de l'apprentissage », L'Ostéopathie... précisément, 2005
- TARDIF, Jacques : « La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : quelques concepts fondamentaux », L'Ostéopathie... précisément, 2004-2005
- TARDIF Jacques : « La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : des environnements pédagogiques maximalistes », L'Ostéopathie ... précisément, 2005
- TARDIF Jacques : <http://www.usherbrooke.ca/education/personnel/professeures-et-professeurs/corps-professoral-en-pedagogie/tardif-jacques/>
- TIDIÈRE PATRICE : « Impulsion rythmique n'est pas Mécanisme Respiratoire Primaire », Ostéo, n° 51, janvier 2000
- TILMAN Francis & GROOATERS Dominique : « Apprendre à apprendre, Des objectifs aux compétences », <http://pedagogeeks.free.fr/?p=438>, 2010
- TILMAN Francis et GROOTAERS Dominique : « Les chemins de la pédagogie, guides des idées sur l'éducation, la formation et l'apprentissage », Chronique sociale/Couleur Livres, 2006
- UPLEDGER John : « La thérapie crâniosacrée », Préface édition française par Jean-Pierre BARRAL, éd Satas, Tome 2 1999
- UPLEDGER John : « La thérapie crâniosacrée », Préface édition française par Jean-Pierre BARRAL, éd Satas, Tome 1 1995
- VAN CLEEFF R. & VIEL M. : « Apprendre à apprendre, la méthodologie à l'école », éd Magnard, 1996
- VYGOSTKY Lev : « Conscience, Inconscience, Emotions », éd La Dispute, 2003
- WALLON H : « L'évolution psychologique de l'enfant », éd Armand Colin, 2002
- WEISCHENK Jacques : « Traité d'Ostéopathie viscérale », éd MALoine, 1982

WOGUE Rémi : « L'os temporal, la mandibule et l'os hyoïde », éd Sully, 2009

Sites internet :

Site le toucher piano : « Le toucher et la technique au piano », http://toucher-piano.com/M_Sommaire.html , 2010

Site du ROF : « La compétence des enseignants », <http://www.osteopathie.org/questions-ecole.html>

Site de l'OMS <http://www.who.int/en/>

Dictionnaires :

« Le Petit Robert. Version électronique », 2001

« Dictionnaire de Médecine » éd Flammarion, 1991

« Dictionnaire Larousse en ligne » , <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>.

Lois, Décrets, Arrêtés :

Directive 89/48/CEE et Directive 92/51/CEE.

Décret n°2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation.

Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Article 75 Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires.

Projet de Loi Debré : Proposition de loi portant diverses dispositions relatives à l'ostéopathie et à la chiropraxie, N° 2366.

Rapport français du Conseil Economique et Social de 1982.

Fiches techniques du CEDIP (Centre d'Evaluation de Documentation et d'Innovation

Pédagogiques) :

Fiche en Lignes n°38-2 : « L'évaluation de la formation », septembre 2007

Fiche en Lignes n°39 : « Evaluer la satisfaction des participants à une action de formation », décembre 2007

Fiche en Lignes n°41-1 : « Evaluation des effets d'une formation sur les compétences mises en œuvre en situation professionnelle », juin 2009

Fiche en Lignes n°42-1 : « Mémento pour évaluer un dispositif de formation », novembre 2008

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Numéro</i>	<i>Page</i>
1. Reproduction d'un bas relief égyptien et photo du papyrus d'Edwin Smith	p9
2. Photographies d'un bas relief grec-romain, d'un buste d'Hippocrate et d'une gravure de Galien	p10
3. Photographies de gravures de S Jivara, d'Avicenne	p10
4. Photographies de tableaux de A Paré et de JN Corvisart, de gravures de J Cook et d'une technique thérapeutique de A Paré	p11
5. Photographies d'A T Still, de J M Littlejohn, de W G Sutherland, de D D Palmer, de G Goodheart, de V Fryman, de J G Travell, I P Rolf	p12
6. Photographies du « Manuel d'Ostéopathie Pratique » de V L Moutin, du « Massage vertébral familial » de A De Sambucy, de VL Moutin, de R Maigne, de C Trédaniel	p15
7. Logos de UFOF, AO, CNO, SFDO et réclame du ROF	p17
8. Photographies d'A T Still	p 17
9. Photographie de la première promotion de l'ASO	p18
10. Photographie de J M Littlejohn	p20
11. Photographies de W G Sutherland	p21
12. Photographies de 'Ostéopathie dans le champ crânien » de H Magoun et W G Sutherland	p23
13. Photographie de la première promotion d'ostéopathes français formés par V Fryman, T Schooley, H Magoun	p25
14. Schéma des membranes duremériennes de l'axe crâniosacré	p28

15. Schéma de la mobilité de l'axe crâniosacré selon le modèle MRP p31
16. Schéma de la « circulation » du LCR dans l'axe crânio-sacré p32
17. Photographies de J Upledger, N Cottam, R Becker, C A Ferreri p 33
18. Photographies de L Burns, H Fryette, F Mitchell, de « La méthode de Von Niederholf » de R Becker, de « Principes des techniques ostéopathiques » de H Fryette, de « Jones Strains Counter-strain » de L H Jones p36
19. Photographies de tableaux de R Descartes, de E Kant, d'un buste d'Aristote p48
20. Photographies de B F Skinner, de J Piaget, de L Vygotsky, de R Feuerstein, de H Wallon, de J Dewey p 51
21. Schéma des aires somato-sensorielles primaires p54
22. Schéma des sensibilités somesthésiques p56
23. Photographie de M Maffesoli p 58
24. Photographies de M Honneger, de C Rosen p59
25. Photographie de H Laborit p64
26. Schéma de l'organisation du SNE dans les plans viscéraux p66
27. Photographies de M Montessori, de C Freinet p 69
28. Photographie de A T Still transmettant la flamme à un disciple p74
29. Photographie d'un enseignant du BSO en plein exposé pédagogique p76
30. Photographie d'étudiants du BSO en examen théorique p81
31. Ecorché sur les MTR p103
32. Photographie de A T Still contemplant un fémur p 101
33. Photographie d'un praticien travaillant sur un patient en décubitus latéral p102
34. Photographie d'un praticien travaillant sur omothoracique p103

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire p I

Remerciements p III

Introduction p 1

Première Partie : Présentation.

I - Ostéopathie dans le champ crânien : un état des lieux p 2

1. **Ostéopathe, une profession.....p 3**
 - 1.1. Une définition de l'Ostéopathie
 - 1.2. Une thérapeutique à la fois art et science
 - 1.3. Une thérapeutique holistique : pour tout et pour tous
 - 1.4. Une profession, donc une Ethique et une Déontologie
 - 1.5. Une profession du parcours santé
2. **Historique de l'enseignement de l'Ostéopathie et de l'Ostéopathie dans le champ crânien.....p 9**
 - 2.1. Histoire de l'Ostéopathie
 - 2.2. Origines de l'Ostéopathie
 - 2.3. Naissance de l'Ostéopathie
 - 2.4. L'Ostéopathie occidentale, l'Ostéopathie en France
 - 2.5. L'Ostéopathie dans le champ crânien : origines et enseignement
3. **Ostéopathie dans le champ crânien : Théorie et Pratique.....p 27**
 - 3.1. Concept et modèles
 - 3.2. Techniques crâniométriques
4. **Reconnaissance de l'Ostéopathie dans le champ crânien.....p 30**
 - 4.1. Le concept crânien controversé
 - 4.2. Evaluation scientifique de l'Ostéopathie dans la sphère crâniométrique
5. **Réglementation de l'enseignement de l'Ostéopathie.....p 38**
 - 5.1. Réglementation européenne de la profession d'ostéopathe et de sa formation

- 5.2. Réglementation de la profession d'ostéopathe et de la formation en Ostéopathie dans le champ crânien en France
- 6. **État des lieux de la formation en Ostéopathie en France.....p 41**
 - 6.1. L'enseignement de l'Ostéopathie selon l'Ostéopathie
 - 6.2. Les enseignants pour les instances ostéopathiques
- 7. **Qu'est ce qui conditionne le programme d'enseignement ?.....p 44**
- 8. **La nécessaire évolution des modèles.....p 45**

II - L'étudiant et l'apprentissage.	p47
--	------------

- 1. **Développement cognitif, comment apprendre et comprendre ?.....p 47**
 - 1.1. Théories sur le développement cognitif
 - 1.2. Théories de l'apprentissage
 - 1.3. Imitation, outil du développement cognitif
- 2. **Développement sensoriel : comment apprendre à écouter.....p 54**
 - 2.1. Les voies sensitives et sensorielles comme source d'informations
 - 2.2. Le toucher comme mode de communication
 - 2.3. Le toucher en Ostéopathie
- 3. **Développement émotionnel : comment apprendre à ressentir ?p 64**
 - 3.1. Lien émotion et comportement
 - 3.2. L'intelligence émotionnelle

III - L'enseignant et la pédagogie	p 69
---	-------------

- 1. **Introduction à la pédagogie.....p 69**
 - 1.1. Les courants pédagogiques des XIX et XXIème siècles
 - 1.2. Objectifs pédagogiques : buts de l'enseignement
 - 1.3. Établir une compétence
 - 1.4. Apprendre à apprendre : le développement cognitif
- 2. **L'enseignant.....p 73**
 - 2.1. Neurosciences et Psychologie : disciplines ressources
 - 2.2. L'enseignant : ingénieur et artisan
 - 2.3. L'enseignant : psychologue des apprentissages

3. <u>La pédagogie</u>	p 76
3.1. Emploi des interactions sociales dans la pédagogie	
3.2. La pédagogie en Ostéopathie : du bon emploi de la médiation	
3.3. Évaluation de la médiation	
3.4. Phases de l'apprentissage	
4. <u>Prospectives sur le rôle de l'enseignant basées sur le modèle pédagogique actuel</u>	p 82

Deuxième Partie : Etude

I - Evaluation d'un processus de formation	p 86
---	-------------

1. <u>Organisation de la démarche d'évaluation</u>	p 86
2. <u>Evaluation de la formation par les étudiants</u>	p 91
3. <u>Evaluation de la formation par les professionnels</u>	p 93

II - Proposition d'une étude pour l'évaluation de l'enseignement de l'Ostéopathie crânienne et son apprentissage	p 98
---	-------------

1. <u>But de l'étude</u>	p 98
2. <u>Compétences de l'ostéopathe selon la Norme des compétences de l'ostéopathe 2004</u>	p 99
3. <u>Référentiel des compétences professionnelles en Ostéopathie du champ crânien</u>	p 100
4. <u>Liste des différents domaines de compétence</u>	p 101
5. <u>Programme d'enseignement selon le Livre Blanc de l'Ostéopathie</u>	104
6. <u>Référentiel de la formation d'Ostéopathie dans le champ crânien : Connaissances et Savoirs</u>	p 105

Conclusion	p 109
-------------------	--------------

Lexique.....	p 111
Bibliographie.....	p 114
Table des illustrations.....	p i
Table des matières.....	p iii

RESUME

Résumé en français :

Ce mémoire a pour but de fournir les bases nécessaires à l'élaboration de protocoles pour évaluer les différents niveaux du dispositif mis en place pour l'enseignement de l'Ostéopathie dans le champ crâniosacré et sa pratique par les futurs ostéopathes.

A travers la synthèse bibliographique du sujet, nous avons pu établir une réflexion sur les principes de l'Ostéopathie appliquée au champ crânien (histoire, théorie, concepts, réglementation, ...) et ainsi constater la nécessité d'effectuer une évaluation et une énumération précise des connaissances et compétences nécessaires à la pratique dans ce domaine.

Cette réflexion sur l'enseignement de l'Ostéopathie dans le champ crânien a permis d'exposer les données à prendre en compte et les paramètres à mettre en place pour l'élaboration d'une telle étude. Ce travail constituera alors une bonne base de travail pour les différents acteurs de l'enseignement qui souhaiteront évaluer leur activité.

Résumé en anglais :

This thesis aims at providing the fundamental criteria needed to create evaluation protocols of the teaching of craniosacral osteopathy and their application by the future osteopaths.

Through a bibliographical study, we surveyed the principles of craniosacral osteopathy (history, theory, concepts, rulings...), and consequently ascertained the necessity of precisely evaluating and enumerating the knowledge and skills necessary for good practice in this field.

This reflection on teaching craniosacral osteopathy seeks to define the data that have to be taken into account and the parameters that have to be settled for the appropriate development of such a discipline. Thus we believe that this work would provide a good basis for the teachers who would like to evaluate and ameliorate their activity.

Mots clés : Apprentissage, Développement, Pédagogie, Enseignant, Etudiant, Concept crânien, Evaluation.