Université d'Angers

Faculté de Médecine

Formation Médicale Continue

Ostéopathie Appliquée dans le Champ Crânien :

Nécessité d'un Référentiel Commun

ÉTUDE ET PROPOSITIONS AUTOUR D'UN RÉFÉRENTIEL DE CONNAISSANCES POUR L'ENSEIGNEMENT À L'OSTÉOPATHIE APPLIQUÉE AU CHAMP CRÂNIOSACRÉ

Mémoire pour le DIU Pédagogie et Communication en Sciences Médicales
présenté et soutenu publiquement le 18 Novembre 2011
par

Monsieur Thomas Carpentier

Directeur de mémoire

Professeur Isabelle RICHARD
Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....5

PARTIE I.
DÉFINITIONS.....7
Chapitre I.
Apprentissage comme Intégration et Assimilation.....8
Chapitre II.
Connaissance comme Savoir, Savoir faire et Savoir être.....11
Chapitre III.
Compétence comme Capacité(s).....14
Chapitre IV.
Qualification comme Responsabilité.....17

PARTIE II.
ÉTUDE DES DIFFÉRENTS RÉFÉRENTIELS EXISTANTS.....20
Chapitre I.
Compétences du Praticien Ostéopathe Liées à sa Pratique Appliquée dans le Champ Crâniosacré.....23
Chapitre II.
Connaissances du Praticien Ostéopathe Liées à sa Pratique Appliquée dans le Champ Crâniosacré.....27

PARTIE III.
PROPOSITIONS SUR LE CONTENU DU RÉFÉRENTIEL DE CONNAISSANCES.....31
Chapitre I.
Connaissance versus Compétence.....34
Chapitre II.
Système de Compréhension de l'Ostéopathe.....36
Chapitre III.
Régions Anatomiques, Champs d'Application de l'Ostéopathe.....37
Chapitre IV.
Niveaux Anatomiques, Techniques Thérapeutiques de l'Ostéopathe.....38

CONCLUSION : NÉCESSITÉ D'UN CONSENSUS SUR L'ORGANISATION ET LE CONTENU DES RÉFÉRENTIELS DE LA PROFESSION D'OSTÉOPATHE.....39

ANNEXE : PROPOSITION DE RÉFÉRENTIEL DE CONNAISSANCES POUR LA FORMATION DE L'OSTÉOPATHIE APPLIQUÉE AU CHAMP CRÂNIEN.....42

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADELI.....Registre ADELI : Registre national informatisé des professionnels médicaux et paramédicaux
AFO.....Association française des ostéopathes
AGO.....Approche générale ostéopathique
ANAES.....Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
BAC +10 à +14.....Cursus de formation de 10 à 14 ans après le passage du Baccalauréat
BSO.....British School of Osteopathy
CadF.....Collégiale académique de France
CNAMTS.....Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CEESO.....Centre européen d'enseignement supérieur de l'Ostéopathie
CIDO.....Centre international d'Ostéopathie
COE.....Collège ostéopathique européen
COP.....Collège ostéopathique de Provence
DDASS/DRASS.....Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DO.....Ostéopathe DO, diplômé d'Ostéopathie
DU ou DIU.....Diplôme universitaire ou Diplôme inter universitaire
ESO.....École supérieure d'Ostéopathie
FEMMO.....Fédération pour l'étude et l'enseignement de la Médecine manuelle-Ostéopathie
FMC.....Formation médicale continue
FME.....Formation médicale européenne
HAS .....Haute autorité sanitaire
IDHEO.....Institut des hautes études ostéopathiques
IGAS.....Inspection générale des affaires sociales
ISOSTEO.....Institut supérieur d'Ostéopathie
ITO.....Institut Toulousain d'Ostéopathie
MCA.....Médecine complémentaire et alternative
MT.....Médecine traditionnelle
MTR.....Membranes de tension réciproques
OCCL.....Ostéopathe à champ de compétence limité selon l'appellation des médecins ostéopathes (SNMO)
OMS.....Organisation mondiale de la santé
RNCP.....Répertoire national des certifications professionnelles
ROF.....Registre de ostéopathes de France
SFDO.....Syndicat français des ostéopathes
TGO/TOG.....Traitement général ostéopathique
UFOF.....Union fédérale des ostéopathes de France
UNAFORMEC.....Union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues
VAE.....Validation des acquis de l'expérience

INTRODUCTION

L'Ostéopathie est développée par Andrew T STILL (1828-1917), médecin et chirurgien aux États-Unis. Il créé la première école indépendante d'ostéopathie en 1892. L'Ostéopathie se fonde sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et pour le traitement[1]. **Les praticiens ostéopathes**[2] (**exclusifs, médecins, kinésithérapeutes, sage-femmes, ...**) sont formés à l'utilisation d'un large éventail de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer la fonction physiologique et/ou réguler l'homéostasie[1] altérée par la *dysfonction somatique ostéopathique*[2]. Associant à ces techniques thérapeutiques manuelles des conseils hygièno-diététiques (régime alimentaire, activité physique ou prise en charge par un autre praticien de santé), la pratique ostéopathique nécessite, en tant que pratique de première intention[3], de considérer de nombreux éléments pour se prémunir de contre-indications.

Pour se plier aux prérogatives du législateur établies dans les décrets et arrêtés d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002[4], les

1 *Homéostasie : fonction réglée par le système nerveux végétatif et les glandes endocrines, qui vise à assurer et à maintenir l'équilibre interne de l'organisme, notamment en maintenant à leur valeur normale des constantes physiologiques normales (...)*, Dictionnaire Médical Flemming, éd Edi-Inter et Idégraf, 1999.

2 *Dysfonctionnement somatique ostéopathique : une fonction entravée ou altérée des éléments associés du système somatique, des structures squelettiques, arthrodiales et myo-fasciales et des éléments associés vasculaires, lymphatiques et neuraux*, Glossary of Osteopatic Terminology Usage Guide, version révisée le 29 novembre 2001, traduction de la définition de somatic dysfunction par L Deora DOMROF pour l'Académie d'Ostéopathie de France (AOF), août 2003.

3 Un praticien de "*première intention*" est un praticien habilité à recevoir directement le patient sans prescription médicale préalable, Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, version consolidée au 1er avril 2010.

4 Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, version consolidée au 19 mai 2011, article 75 modifié par Décret n°2011-390 du 12 avril 2011-art. 1

instances et les institutions ostéopathiques ont modifié leur référentiel de formation et donc leur référentiel de l'enseignement de l'Ostéopathie (répartition du volume horaire et contenu du programme). Nous nous intéresserons ici tout particulièrement à l'enseignement de l'*Ostéopathie crânienne* (Ostéopathie appliquée au champ crânien, crâniosacré ou encore crânio-sacré-facial). En effet, le législateur établit les **critères minimums nécessaires à mettre en place dans la formation à la pratique professionnelle de l'Ostéopathie** et, de par la diversité des modes d'enseignement[3] (**formations initiales et continues, compagnonnage, DIU de médecine manuelle-ostéopathie**), il résulte un manque d'homogénéité dans l'enseignement. Certaines disciplines, certains domaines dont l'abord scientifique est inexistant ou peu convaincant, comme l'ostéopathie appliquée au champ crâniosacré, n'ont pas un **enseignement normalisé et commun dans tous les centres de formation**.

À travers la présentation des notions se rapportant au référentiel, à travers la présentation de référentiels existants concernant le métier d'ostéopathe et la formation à la pratique ostéopathique, nous allons discuter sur les **éléments constitutifs d'un référentiel[5] de connaissances pour la formation à l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré**.

5 *Référentiel : Il est le résultat d'une démarche d'analyse des situations de travail qui permet de dresser à un certain moment, un inventaire des activités et de leur évolution, un inventaire des compétences liées à cette activité, un inventaire des emplois*, Référentiels d'emploi – activités - compétences, Guide méthodologique, CNFPT, juin 2001.

PARTIE I.

DÉFINITIONS

Dans cette première partie, nous allons définir les notions qui conduisent à la mise en place d'un référentiel et déterminent son contenu. Il s'agit des **connaissances, compétences** et **qualifications** qui sont à identifier par les instances et institutions dans la théorisation du processus d'**apprentissage**.

CHAPITRE I.

APPRENTISSAGE COMME INTÉGRATION ET ASSIMILATION

Pour apprendre quelque chose à quelqu'un, l'enseignant passe par l'emploi de connaissances établies et identifiées aux **savoirs**[4] : les connaissances du professionnel, ses capacités cognitives, ses habiletés et ses attitudes. Ce sont des connaissances abstraites, théoriques (**savoirs intellectuels)**, mais aussi des procédures pratiques (**pratique manuelle)**.

Parallèlement aux savoirs, nous identifions quatre catégories d'objectifs pédagogiques à atteindre au cours de la formation professionnelle[5] :

- **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.

La formation du praticien ostéopathe s'organise autour de l'**apprentissage de connaissances conduisant à des compétences et à des qualifications permettant un exercice responsable de l'Ostéopathie**.

Dans la pratique ostéopathique, une grande rigueur est apportée à la **démarche diagnostique**[6]. Les connaissances de sémiologie et de physiopathologie sont les bases de l'analyse du praticien pour écarter la

contre-indication et optimiser l'efficience de son geste thérapeutique. Ces connaissances théoriques sont donc des outils indispensables dans l'**approche conceptuelle de l'individu** « dans son ensemble »[7] qui conditionne l'axe de traitement. La technique ostéopathique **s'impose par la démarche clinique et non les préférences ou les facilités du praticien**.

Ce sont les interactions de l'étudiant avec son environnement qui interviennent dans le processus d'acquisition des connaissances et, en fait, dans l'organisation de ses connaissances. Elles sont induites par l'enseignant au moment de séances pratiques et cliniques, c'est un enseignement fondé sur le modèle du **Constructivisme**.

Principes de base de la conception cognitive de l'apprentissage

- L'apprentissage est un processus actif et constructif.
- L'apprentissage est l'établissement de liens entre les nouvelles informations et les connaissances antérieures.
- L'apprentissage requiert l'organisation constante des connaissances.
- L'apprentissage concerne autant les stratégies cognitives et métacognitives que les connaissances théoriques.
- L'apprentissage concerne autant les connaissances déclaratives et procédurales que conditionnelles.

Illustration 1: Tableau tiré de "Pour un enseignement stratégique, L'apport de la psychologie cognitive", de J Tardif, p33.

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 problèmes, élaborer les nouveaux savoirs et cela activement. Dans le cas de la théorie du **Cognitivisme**, les interactions de l'apprenant avec son

environnement lui permettent **d'abord de se poser des questions**. Ensuite, orienté par l'enseignant, il sollicite ses fonctions cognitives pour **tendre à la résolution de ses interrogations**, il se construit et comprend ce qui l'entoure de lui même. Les savoirs ne sont plus objectifs et extérieurs à l'individu qu'il soit enseignant ou apprenant. L'enseignant est plus qu'un simple répétiteur de savoirs, objectifs ou chosifiés, comme dans le **Béhaviorisme**. Cela implique **la mise en place d'une pédagogie de la question (Cognitivisme) avant la pédagogie de la réponse (Constructivisme)**[8].

Avec l'évolution des recherches en Neurosciences[9], 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 psycho-physiologiste. Avec le Cognitivisme et la modélisation des fonctions cognitives, certains définissent ou tentent de décrire un **modèle de développement en se basant sur la neuroanatomie de l'individu**[10].

En formation d'ostéopathie, la nécessité de passer par un cursus de longue durée est forcément due au nombre des connaissances à assimiler par le futur praticien. D'après les théories découlant du Constructivisme et du Cognitivisme, c'est **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**.

« *toute leçon doit être une réponse*
à des questions que les élèves se posent réellement »
(John DEWEY) [11]

CHAPITRE II.

CONNAISSANCE COMME SAVOIR, SAVOIR FAIRE ET SAVOIR ÊTRE

Selon les théories du Cognitivisme décrites notamment par Jacques TARDIF, les connaissances ne sont donc pas que des connaissances statiques, factuelles. Elles sont dynamiques, leur organisation est liée aux interactions de l'étudiant avec son environnement[12]. Le système cognitif inclut des **modes de stratégies cognitives et métacognitives permettant l'utilisation par l'étudiant de ce qu'il apprend**. C'est au centre de formation, à l'institution, de **mettre l'étudiant en situation réelle**, pratique ou clinique[13]. Les connaissances sont ainsi mémorisées de manière à être plus disponibles, plus mobilisables, permettant à l'étudiant une **mise en pratique de ce qui est assimilé avec la réalité** tout en ajustant son comportement de la manière la plus efficiente et la plus pertinente. L'enseignant doit également mettre en place des interactions sociales dans le processus d'apprentissage[14]. L'acquisition d'une connaissance passe par un processus qui va du social (**connaissances interpersonnelles**) à l'individuel (**connaissances intrapersonnelles**). La nouvelle connaissance est donc soit subjective (propre à l'individu), soit objective (commune à un groupe). Finalement, les interactions sociales permettent une modification des connaissances de base du groupe, la connaissance individuelle peut devenir commune au groupe. **Le recours aux connaissances antérieures n'est plus qu'un mode mnésique individuel, il devient sociétal**[15].

Toujours dans le modèle cognitif des apprentissages, il existe donc **trois types de connaissances**, que l'on se réfère à un mode mnésique, affectif, sensorimoteur ou social[16].

Le premier type de connaissance concerne les **connaissances déclaratives** qui désignent surtout les connaissances théoriques, les **savoirs**, c'est à dire la connaissance des faits, des règles et des principes. Surtout statiques, ces connaissances doivent être assimilées en procédures ou en conditions, pour être réutilisables dans une situation réelle. De même, les objectifs pédagogiques et les modes d'évaluation des connaissances sont clairement définis par l'enseignant avec l'apprenant. L'étudiant appréhende au mieux les connaissances et développe sa capacité à les mettre ensuite en pratique.

Ensuite, on distingue les **connaissances procédurales** qui désignent le comment de l'action, les étapes et les procédures pour réaliser une action. Elles sont aussi appelées **savoirs-faire**, ce qui dénote une caractéristique dynamique des connaissances. L'étudiant est mis en situation pratique, d'action, pour l'apprentissage des connaissances procédurales. L'apprenant est actif dans l'acquisition de ces connaissances d'action, il est guidé par l'enseignant médiateur qui objective les caractéristiques des actions que l'étudiant doit être capable de réaliser.

Le troisième type de connaissances regroupe les **connaissances conditionnelles** qui réfèrent au quand et au pourquoi de l'action, on les appelle **savoirs-agir**. Elles concernent les classifications (classes) et les catégorisations (catégories) des connaissances qui s'organisent et se mettent en place en réaction à une situation-problème donnée. L'apprenant emploie donc ses connaissances selon un schéma donné,

assimilé au préalable, mais cette mise en place est fonction des données de la situation-problème et des capacités humaines de l'apprenant, son **savoir-être**. La qualité de l'action résultante dépend du *savoir faire intellectuel*, de la capacité de l'apprenant à discerner toutes les données du problème ou tout du moins celles qui permettent de sélectionner l'opération la plus efficiente et de la mettre en place.

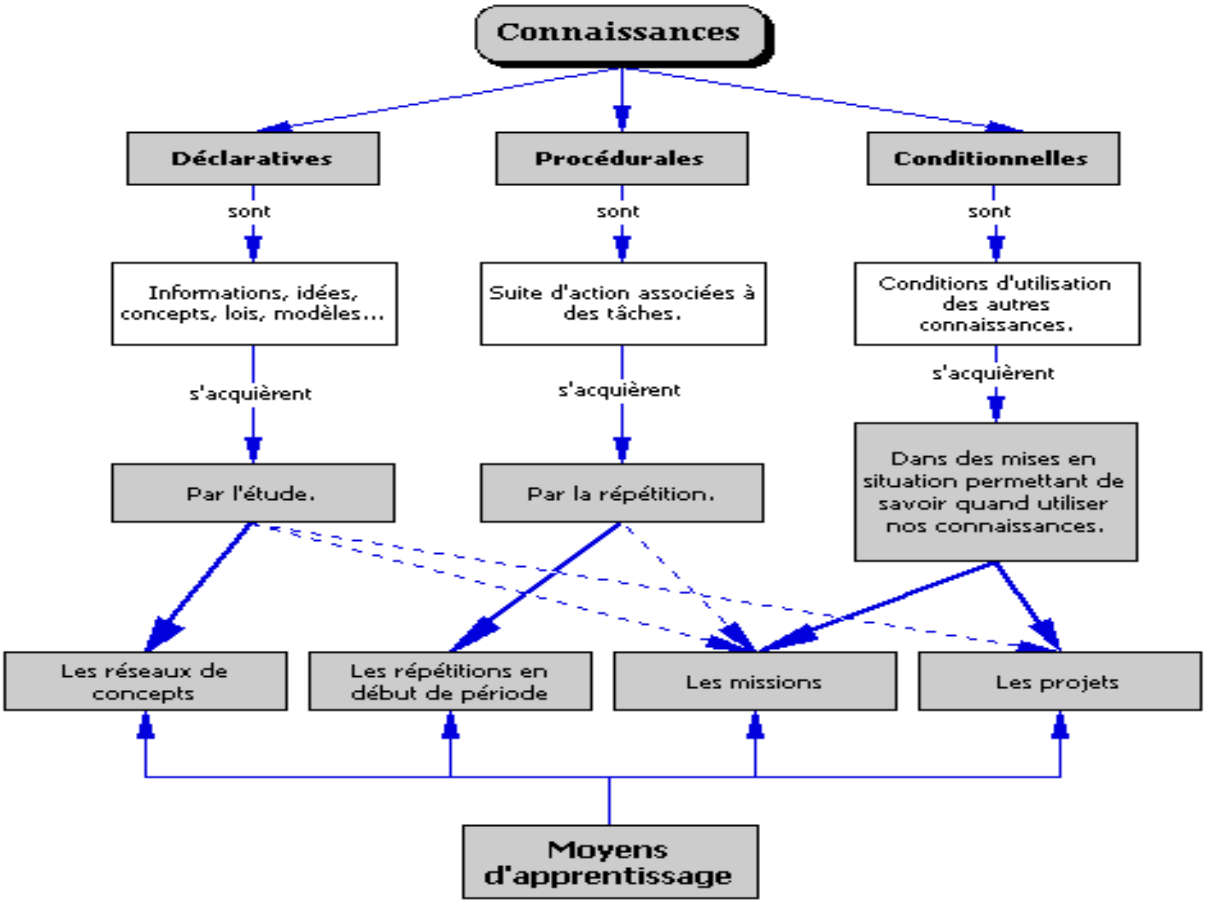

Illustration 2: "Différentes connaissances... différentes façons d'apprendre", schéma synthèse de M DESBIENS, PROTIC, 2011.

Savoir, savoir faire et savoir agir (savoir-être, savoir faire intellectuel) composent le **triptyque des grands groupes de savoirs** à considérer comme objectifs de la formation pour viser vers une compétence professionnelle.

CHAPITRE III.

COMPÉTENCE COMME CAPACITÉ(S)

La notion de compétence est définie, de manière générale en première intention comme **la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience), c'est un savoir-mobiliser**, un savoir-agir complexe mobilisant et s'articulant autour de savoirs dans une situation problème donnée[17].

Les différents objectifs pédagogiques : les connaissances, capacités, habiletés et attitudes ne sont pas dissociées. En effet l'enseignant les combine, et l'étudiant une fois qu'il les a acquises, les combine lui aussi pour les employer[18]. Comme les différentes données mémorisées, les objectifs pédagogiques apparaissent dans l'organisation mentale **comme des pièces utilisables et communes à de nombreuses structures**. Dans une situation précise, ajustées entre elles, elles forment un **mécanisme d'action qui répond 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 citer. 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 dans une expérience vécue par l'apprenant et donc l'existence de compétences initiales de décodage et d'interprétation de la situation pour en faire un problème. Cette capacité cognitive de

problématisation, innée ou acquise, fait ensuite intervenir les différents domaines abordés : connaissances, capacités, habiletés et attitudes.

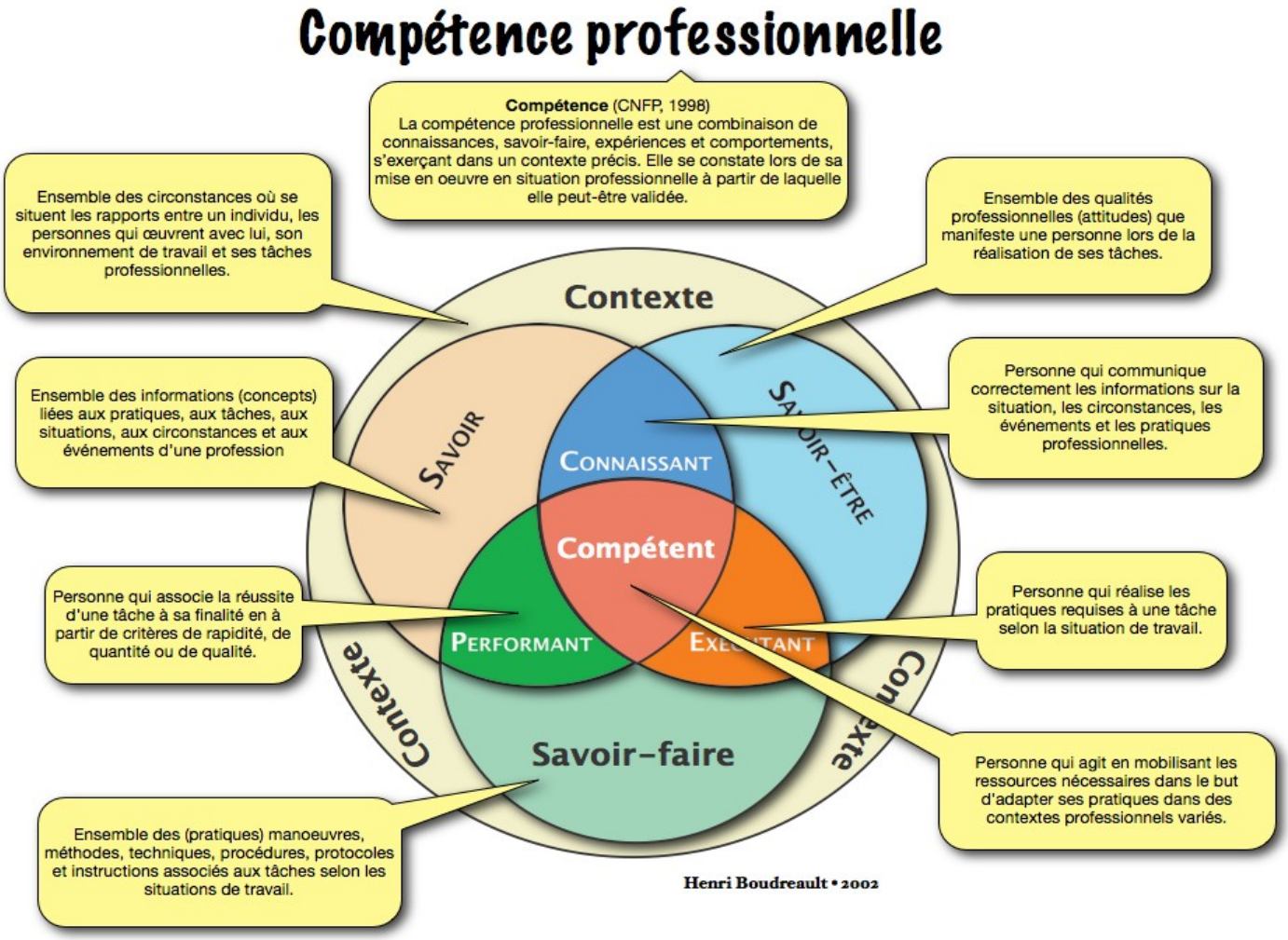

Illustration 3: « Compétence Professionnelle », de H Boudreault, UQAM, 2001.

Au cours de son apprentissage, le futur praticien ostéopathe est sollicité sur les trois modalités du développement, cognitif, sensoriel et émotionnel. Les liens entre les différents mécanismes de l'apprentissage montrent toute la complexité du travail de l'enseignant qui joue avec tous les modes de développement[19] pour accompagner l'élève vers la connaissance. **L'apprentissage est une recherche d'équilibre entre ce que l'apprenant sait et ce que l'enseignant lui apprend**, une difficile

harmonie entre le connu et l'inconnu. Dans son développement l'apprenant doit pouvoir se reposer sur des bases solides, des connaissances acquises c'est à dire comprises et assimilées, qui permettent la réflexion face à toute nouvelle situation problème. Il n'y a pas une seule façon de faire, une façon de traiter un patient mais le praticien ostéopathe, dans le champ d'application de sa thérapeutique, a besoin de ces connaissances spécifiques et précises pour appliquer des techniques elles aussi spécifiques et précises. Cette **compétence au diagnostic et au traitement manuel** devient intime et aisé avec le temps du fait de l'enseignement compris au-delà des informations reçues et enrichi de l'expérience[20]. Saisir un modèle, un protocole technique de manipulations, c'est l'objectif de tout le parcours de l'étudiant. Il lui faut aussi 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, de le préparer aux réalités de sa pratique professionnelle** et le rendre compétent[21].

En Ostéopathie, comme dans de nombreuses disciplines, on différencie un **système de connaissances** et des **techniques thérapeutiques**. Ces deux aspects se répondent mutuellement et sont interdépendants. Néanmoins il faut également prendre en compte le **système de compréhension**, plus global, qui est employé par le praticien pour répondre à la problématique du patient. Il faut donc bien différencier la **pratique thérapeutique ostéopathique** (ensemble des actes opératoires mis en œuvre au cours de la consultation) de l'**exercice thérapeutique ostéopathique** (ensemble agrégé de pratiques spécifiques, combinées et articulées autour d'un système de compréhension).

CHAPITRE IV.

QUALIFICATION COMME RESPONSABILITÉ

La compétence à l'exercice de la thérapeutique ostéopathique acquise, le praticien ostéopathe peut prétendre à une reconnaissance auprès des différentes autorités, le plus souvent par un diplôme reconnu par les institutions et les instances concernées. Il doit aussi se faire reconnaître auprès du système administratif et juridique. Son diplôme, plus qu'une reconnaissance de ses compétences, implique dans l'organisation juridique des professions de santé, une reconnaissance de sa responsabilité à la pratique[22]. La qualification n'impose pas l'obligation de résultat mais **la compétence acquise, une fois sanctionnée**, impose au praticien les bornes du licite et de l'illicite dans son intervention en tant que professionnel de santé sur le corps d'autrui. Ces limites à l'exercice professionnel pourront être mises en place (et évoluer) selon les décisions de l'autorité administrative, juridique, ou tout autre autorité apte à engager la responsabilité de professionnels ayant fait preuve d'incompétence[23]. En respectant les bornes et les normes liées au système établi autour des textes légiférant sur les qualifications professionnelles des praticiens ostéopathes et donc sur leurs modes d'intervention effective, il est induit la nécessaire prise en compte de ses compétences.

Les autorités administratives et médico-légales imposent actuellement un certain nombre de **contraintes à l'exercice de l'Ostéopathie** comme pour toute autre pratique professionnelle. Mais une grande liberté est

laissée dans l'application de ces lois, décrets, arrêtés et les institutions peuvent organiser leur activité, notamment dans le cadre de la pédagogie et de l'enseignement, selon leur propres modalités.

Par exemple, l'utilisation de certaines techniques manipulatoires par le praticien ostéopathe est réglementée par décret[24] sous les conditions suivantes :

« II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;

2° Manipulations du rachis cervical. »

Ce texte limite bien l'exercice de la pratique de l'ostéopathie pour le traitement du nourrisson de moins de six mois et le rachis cervical chez l'adulte. Mais le décret fait aussi la distinction entre *Manipulations*[6] et *Mobilisations*[7], ce qui établit que pour des mobilisations appliquées au nourrisson de moins de six mois et au rachis cervical, le praticien ostéopathe a toute compétence au diagnostic et au traitement dans ces deux champs d'application sans diagnostic établi au préalable par un médecin allopathe.

De même, dans le domaine de l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré, « *le contenu et la durée des unités de formation ainsi que les modalités de leur validation sont définis par arrêté du ministre*

---

6 *Manœuvre thérapeutique passive de haute vélocité et de basse amplitude effectuée après une mise en tension,* « Référentiel des compétences de l'ostéopathe », AFO, 2009, p10.

7 *Manœuvre thérapeutique passive, lente et de grande amplitude destinée à obtenir un gain d'amplitude articulaire et/ou un étirement des tissus mous péri-articulaires*, « Référentiel des compétences de l'ostéopathe », AFO, 2009, p10.

chargé de la santé »[25]. Ainsi, l'enseignement et l'apprentissage ayant trait à l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré sont décrits selon un cadre théorique et sommaire :

« La formation spécifique en ostéopathie doit permettre aux ostéopathes d'acquérir les connaissances nécessaires à la prise en charge des troubles fonctionnels du corps humain", ceci incluant *"tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crâniosacré »*[26].

« Chaque unité de formation de la phase d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie fait l'objet d'un contrôle des connaissances sous la forme d'épreuves écrites, pratiques ou de mises en situation professionnelle selon l'unité de formation considérée »[27].

Les modalités pour être autorisé à user du titre d'ostéopathe[28] stipulent entre autres, un certificat ou titre délivré par l'établissement de formation attestant des connaissances acquises. Dans cette perspective, **chaque institution garde alors une grande liberté dans le contenu de sa formation**, et pour une même qualification, il y a une grande hétérogénéité dans les pratiques et les compétences des ostéopathes, ce qui rend difficile l'appréhension du praticien ostéopathe par les autres praticiens de santé, les patients et les autorités médico-légales.

PARTIE II.

ÉTUDE DES DIFFÉRENTS RÉFÉRENTIELS EXISTANTS

Pour toutes les professions de santé, l'étude de la compétence professionnelle et son évolution est régie par un Ordre comme pour les médecins, sage-femme ou en tout cas par un cadre réglementaire différencié. En matière de réglementation de la formation en ostéopathie, par contre, il n'existe pas d'autorité unique. Des organisations de professionnels ont établi un référentiel de formation, comme l'AFO[29] (*Association Française des Ostéopathes*) ou la FEMMO[30] (*Fédération pour l'étude et l'enseignement de la Médecine manuelle-Ostéopathie*) entre autres. Mais il n'y a pas pour le moment de centralisation de l'autorité, une **Haute Autorité de l'Ostéopathie**, et de ce fait pas de consensus quant au référentiel de formation à employer dans les institutions formant à l'Ostéopathie. Néanmoins, même si les compétences à évaluer ne sont pas clairement et unanimement définies, nous pouvons tout de même citer un certain nombre d'éléments à mettre en œuvre dans un référentiel.

Les référentiels de compétence des métiers, praticien ostéopathe ou autre, sont établis sur une **approche transversale et partagée**, un modèle lisible par tous les professionnels de santé[31].

- **Tous les métiers sont définis en fonction des connaissances liées à leur pratique** et à l'évolution de ces connaissances avec les sciences et les technologies.

- Ils doivent également être **définis par leur conditions d'exercice pour faciliter la mise en place organisationnelle de la pratique**, c'est à dire autant pour permettre l'accès aux soins pour le patient que pour faciliter d'éventuels reclassements professionnels de praticiens (reconversion, passerelle, …).
- **Chaque domaine de compétence doit pouvoir être individualisé au sein du programme de formation au métier** pour permettre la mise en place de formations sur mesure, en fonction des prérequis de chaque apprenant et pour permettre une réactivité et une modularité de la formation.

Cette approche transversale et partagée de la mise en place de référentiels nécessite donc un **travail de coordination et de suivi** entre différents groupes de travail[32] :

- les **instances ostéopathiques** (collégiales, chambres, registres, …) : les autorités médico-légales, qui vont moduler la formation en fonction des évolutions des pratiques professionnelles, des besoins du système de santé et des attentes européennes.
- les **institutions formant à l'ostéopathie** (regroupements d'écoles, centres de formation, universités, responsables pédagogiques, enseignants, …). Ce sont ces groupements qui doivent définir les modalités de gestion des besoins de formation en matière de compétence des professionnels.
- les **praticiens ostéopathes** organisés en syndicats, associations. Ce sont eux qui vont rendre compte de la réalité de la pratique professionnelle.

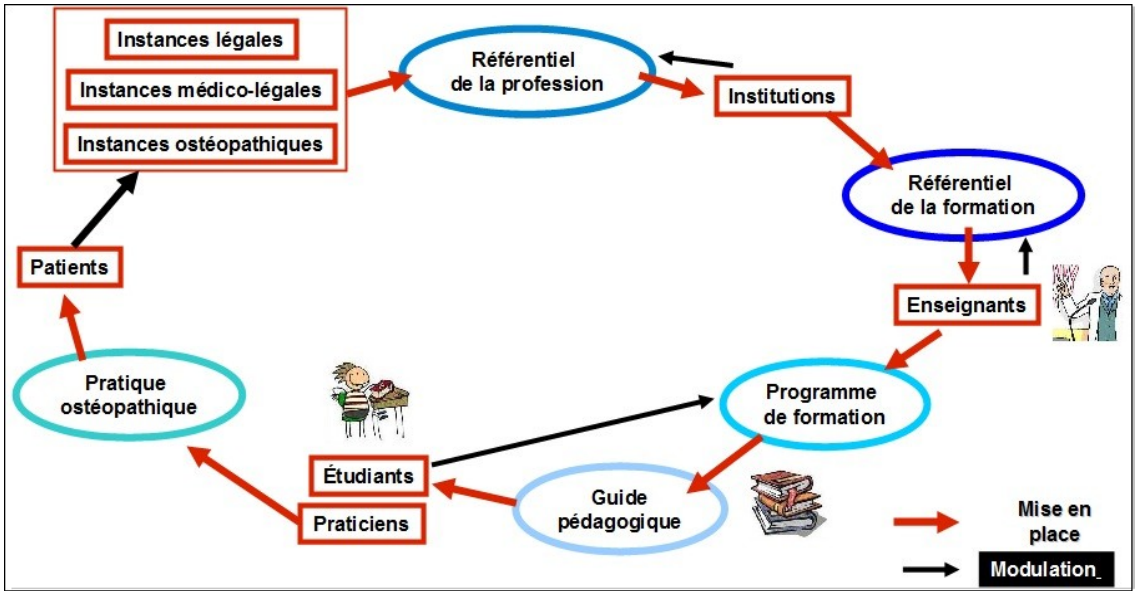

Illustration 4: Synoptique des interactions entre acteurs de la conception des référentiels de la profession d'ostéopathe.

Ces mécanismes liés à la mise en place d'un référentiel d'un métier ou d'une formation sont déjà employés sur un modèle européen pour des professions médicales comme la profession d'infirmier(e)[33]. Il s'ensuit la possibilité d'un **suivi individuel de chaque praticien dans son développement professionnel** par la FMC ou FME, une **habilitation professionnelle du praticien sur la base de reconnaissance de savoirs de base acquis et reconnus au niveau européen par l'ensemble de la profession**.

Dans le cas de l'Ostéopathie appliquée au champ crânien qui nous intéresse, le référentiel de formation à ce champ d'application proposé en Annexe I reprend **les connaissances nécessaires à la pratique de l'Ostéopathie dans ce domaine, les objectifs à atteindre**. Bien entendu il n'est là question que de l'approche pédagogique d'un domaine de compétences et pas d'une distinction d'une pratique, l'*Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré*, du reste de l'exercice de l'Ostéopathie.

Chapitre I.

Compétences du Praticien Ostéopathe Liées à sa Pratique Appliquée dans le Champ Crâniosacré

Il existe différents référentiels de compétences du praticien ostéopathe. Les instances ostéopathiques sont des regroupements de professionnels qui ont notamment comme objectifs la **mise en place des caractéristiques de la pratique et de l'exercice du praticien ostéopathe**.

Nous nous sommes intéressé aux référentiels établis par les instances suivantes :

- **Association des Ostéopathes de France**[34] (AOF) : Il s'agit de la branche française de l'AOI (*Association Ostéopathique Internationale*) créée à Genève en 1963.
- **Union Fédérale des Ostéopathes de France**[35] (UFOF) : C'est l'un des plus importants syndicats d'ostéopathes en France. Cette association socio-professionnelle de praticiens ostéopathes a été créée en 1987.
- **Registre des Ostéopathes de France**[36] (ROF) : Depuis 1981, cette structure a pour vocation de représenter la profession d'ostéopathe en tant qu'ordre professionnel, de promouvoir une éthique et de codifier une déontologie.

Nous avons observé, dans les **référentiels de compétence professionnelle** de ces trois instances ostéopathiques, les modalités selon lesquelles sont abordées les systèmes anatomiques relevant de la compétence du

praticien ostéopathe et les niveaux anatomiques d'intervention du praticien ostéopathe.

Les compétences sont ici les objectifs de formation que le futur professionnel doit intégrer au cours de sa progression dans le processus de formation. Dans chacun de ces domaines le futur praticien et/ou le praticien ostéopathe doivent intégrer à leur pratique antérieure différents éléments qui au fur et à mesure sont sanctionnés par un niveau de maîtrise de la compétence (allant pour le ROF de 4, la sensibilisation au domaine, à 1 l'expertise au sein du domaine abordé[37]). **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**.

Ces compétences sont, nous l'avons vu, les bases communes à tous pour la pratique de l'Ostéopathie. Les notions de *connaissances*, de *conduites à tenir*, de *palpations* apparaissent dans les compétences à acquérir. Le praticien ostéopathe, praticien de première intention, doit posséder des connaissances et des compétences pour adapter son mode opératoire à chaque patient, il doit savoir réorienter son patient vers un autre acteur du parcours santé si nécessaire. Dans ces référentiels de compétences, les régions anatomiques et les niveaux anatomiques de la pratique des techniques ostéopathiques sont définis, mais pour décrire au mieux les compétences nécessaires à la pratique de l'ostéopathie, il faut intégrer aussi les **compétences cognitives**. Il ne faut pas réduire le travail du praticien ostéopathe à un simple geste opératoire mais plutôt conclure que **les compétences du praticien ostéopathe, au-delà de la pratique manuelle, consistent en des démarches mentales, des stratégies**

cognitives, des raisonnements qui aboutissent finalement à un traitement en grande partie manuel.

Le praticien ostéopathe de par 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 consistent en des réponses manuelles non forcées, **des gestes spécifiques et contrôlés**. Ceux-ci ont pour but la restauration de la mobilité du ou des mouvements perturbés dans la limite des amplitudes physiologiques et pour la restauration des qualités fonctionnelles des tissus.

Pour étudier les compétences spécifiques à l'Ostéopathie dans le champ crânien, il faut pouvoir séparer la pratique d'une Ostéopathie du champ crânien de la pratique ostéopathique. L'approche holistique du patient par le praticien 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. Or, le concept ostéopathique induit que **tout l'individu, son environnement interne comme son environnement externe est uni 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, niveaux anatomiques et principes techniques, 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 technique de leur thérapeutique. Ce sont les *savoir faire* et les *critères de réalisation souhaitable de l'activité*[38]. **Ces compétences** ne sont pas propres à telle ou telle structure anatomique, **ce sont la mise en œuvre des techniques** ostéo-articulaires (suturaires), musculo-squelettiques, fasciales (membraneuses, MTR), fluidiques (artério-veineuse, lymphatique) applicables à toutes les régions anatomiques du corps humain. De même, **les connaissances** à détenir pour réaliser un examen préalable du patient, pour effectuer un diagnostic ostéopathique et pour procéder au soin ostéopathique sont les **savoirs** : Embryologie et Organogenèse, Anatomie générale, Neuroanatomie, Physiologie, Anatomie palpatoire, Biomécanique, Sémiologie et Pathologie, Radiologie et autres Examens paracliniques. Ces savoirs, là encore, ne sont pas spécifiques au système crâniosacré mais sont communs à tous les systèmes, locomoteur, viscéral (digestif, uro-génital et cardio-pulmonaire), crânio-sacré-facial, … et même à toutes les patientèles humaine ou équine. Dans le *Référentiel de vétérinaire ostéopathe*[39] élaboré notamment par *Le Conseil Supérieur de l'Ordre des vétérinaires*, il est présenté les compétences et les connaissances nécessaires au praticien ostéopathe. **Ce référentiel formalise ainsi un système de compréhension et les savoirs qui y sont liés. Le raisonnement du praticien ostéopathe ne dépend pas que de la région anatomique concernée par le motif de consultation. Il est articulé autour d'un système de compréhension holistique du patient pris dans son ensemble, son environnement interne et son environnement externe**.

Chapitre II.

Connaissances du Praticien Ostéopathe Liées à sa Pratique Appliquée dans le Champ Crâniosacré

Il existe différents référentiels de formation du praticien ostéopathe. Les institutions ostéopathiques sont les centres de formation, les universités, les regroupements d'écoles qui en fonction du référentiel de compétences défini par les instances ostéopathiques vont mettre en place un référentiel de formation. Celui ci énonce les connaissances et les compétences qui vont apparaître dans le processus d'enseignement, et donc d'apprentissage, comme étant **les éléments constitutifs d'une formation complète et nécessaire au praticien ostéopathe**. Ce référentiel est issu du consensus des différents intervenants (autorités, enseignants, étudiants, …) et conforme aux compétences définies pour la profession d'ostéopathe (instances, autorités, ...). Nous nous sommes intéressé au référentiel de formation établi par les institutions suivantes :

- FEMMO : La **Fédération d'Enseignement de Médecine Manuelle**[40] a été créée en 1985, c'est un regroupement de différents centres d'enseignement post-universitaires francophones formant à la Médecine Manuelle-Ostéopathie.
- OMS : L'**Organisation Mondiale de la Santé**[41] est l'autorité internationale (Nations Unies) directrice et coordonnatrice dans le domaine de la santé. Depuis 1948, elle organise l'action sanitaire mondiale, elle programme la recherche en santé, elle fixe les normes et

les critères en se fondant sur des données probantes, elle suit et apprécie les tendances en matière de santé publique.

Toujours en suivant ce que nous avons défini comme étant le **système de compréhension du praticien ostéopathe**, nous avons observé comment ces référentiels présentent **l'abord des régions anatomiques et des niveaux anatomiques dans l'enseignement proposé** au praticien ostéopathe et notamment l'abord du système crâniosacré.

Les différentes institutions ou regroupements d'institutions offrent une grande disparité dans le contenu des programmes d'enseignement. Les matières proprement médicales et scientifiques ou tout au moins reconnues comme telles par les autorités sont toujours mises en avant. L'enseignement proposé revêt un caractère *savant* qui s'oppose au modèle empirique qui caractérisent les MT / MCA en général et l'Ostéopathie en particulier. Le modèle de formation en Ostéopathie **fait cohabiter un corpus de connaissances rationalisées avec des connaissances plus empiriques**, en tous cas pour le moment.

Ces connaissances, scientifiquement reconnues ou non, permettent la mise en place de techniques. En Ostéopathie, le modèle de formation conduit donc la mise en œuvre de principes et de techniques ostéopathiques en s'appuyant sur des modèles scientifiquement reconnus. Ainsi, Ostéopathie et Allopathie partagent un même socle de connaissances, **seuls les modes opératoires et le système de compréhension différent**[42]. Le modèle pédagogique à mettre en place que ce soit pour l'Ostéopathie en général ou pour l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré, ne revêt pas de caractéristiques particulières.

Temps pédagogiques	Interventions pédagogiques	Intention pédagogique
Temps 1 Mise en situation	Horaire/ plan de cours Buts/objectifs Démarche Connaissances antérieures	Sécuriser l'amygdale (cerveau émotionnel) Présenter l'intention d'apprentissage Connaître la représentation des étudiants en activant les connaissances antérieures
Temps 2 Enseignement explicite	Modeling Pratique dirigée Pratique autonome Rétroaction	Compréhension et acquisition des connaissances Validation et rétroaction
Temps 3 Objectivation	Synthèse Identifier l'essentiel à retenir Préparation du transfert	Focus mis sur les concepts et les stratégies essentiels Rétention en mémoire à long terme Capacité à réutiliser les connaissances

Tableau 1: Tableau synthèse des trois temps pédagogiques, par M ROY et S SERVAIS, L'utilisation des trois temps pédagogiques dans l'enseignement ostéopathique au CEO.

L'utilisation des *Trois temps pédagogiques*[43], la *Pédagogie active*[44], l'*Enseignement stratégique*[45] et les théories sur le *Transfert des apprentissages*[46] peuvent être appliquées comme cadre conceptuel. Ces **principes pédagogiques sont basés sur des études expérimentales récentes en matière de sciences de la cognition et de fonctionnement du cerveau en situation d'apprentissage**, ils ne sont pas l'apanage de la formation du praticien ostéopathe.

De la même manière, dans la programmation de la formation du praticien ostéopathe, nous ne devons pas retrouver de **marges entre l'enseignement de l'Ostéopathie crânienne et l'enseignement de l'Ostéopathie musculo-squelettique ou viscérale**. Dans le nombre d'heures allouées aux différents modules d'enseignement, nous devons

retrouver un partage équitable entre les différents modules, concepts ou modèles en l'occurrence l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré.

Les intitulés de cours sont les grands thèmes proposés par l'OMS[47] pour l'enseignement de l'Ostéopathie. À chacun de ces thèmes correspond un volume horaire qui permet d'aborder le sujet d'abord **pour chacun des différents systèmes du corps humain** (systèmes nerveux, musculo-squelettique, psychiatrique, cardiovasculaire, pulmonaire, gastro-intestinal, reproducteur, génito-urinaire, immunitaire, endocrinien et oto-rhino-laryngé), **pour chacune des régions anatomiques** (rachis ou crâniosacré, thorax, abdomen, pelvis, membre supérieur, membre inférieur) et **pour chacun des niveaux anatomiques** (osseux, articulaire, musculaire, aponévrotique, artérioveineux, lymphatique, nerveux).

Encore une fois l'enseignement de l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré ne doit pas être dissocié. Le consensus sur les référentiels doit être transversal entre les différentes disciplines liées à la pratique ostéopathique et ce **de façon non limitative**. Il doit également reposer sur **un suivi et une évolution de son contenu calqués sur les réalités de la pratique**.

PARTIE III.

PROPOSITIONS SUR LE CONTENU DU RÉFÉRENTIEL DE CONNAISSANCES

Le référentiel de la formation du praticien ostéopathe à l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré est intégré dans celui de l'enseignement de la pratique ostéopathique comme c'est le cas dans le *Référentiel du vétérinaire ostéopathe*[48]. Il se définit par les bases essentielles et nécessaires à la pratique de l'Ostéopathie dans le système crâniosacré et de son apprentissage par les futurs praticiens ostéopathes. A travers les différents référentiels étudiés et la littérature pratique et théorique dédiée au sujet, nous proposons en Annexe **les compétences nécessaires en Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré pour la pratique professionnelle et les connaissances à acquérir au cours de la formation**. Bien entendu, au-delà du Savoir, des modes d'apprentissage spécifiques à cet enseignement sont à intégrer à l'enseignement théorique pour permettre au futur praticien ostéopathe d'intégrer les connaissances en compétences professionnelles. Cette proposition que nous présentons se heurte bien évidement à la grande hétérogénéité des pratiques en Ostéopathie qui découle des idées défendues par les différentes institutions.

Nous allons à présent étudier les programmes de formation en mettant en avant, l'intégration de l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré dans la formation à l'Ostéopathie dans les établissements qui ont été

enregistrées au **Répertoire National des Certifications Professionnelles** (RNCP) selon l'Arrêté du 25 janvier 2011[49] :

- **CEESO** : Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie de Paris depuis 1991 et de Lyon depuis 2003.
- **CIDO** : Centre International D'Ostéopathie de Saint Etienne, depuis 1987.
- **COE** : Collège Ostéopathique Européen de Cergy Pontoise, depuis 1988 (2002 pour la formation initiale).
- **COP** : Collège Ostéopathique de Provence de Marseille, depuis 1987.
- **ESO** : École Supérieure d'Ostéopathie de Champs sur Marne, depuis 1991.
- **IDHEO** : Institut Des Hautes Études Ostéopathiques de Nantes, depuis 2002.
- **ISOSTEO** : Institut Supérieur d'Ostéopathie de Lyon-Limonest, depuis 1991.
- **ITO** : Institut Toulousain d'Ostéopathie de Toulouse, depuis 2002.

Parler d'*Ostéopathie crânienne* entraîne une incompréhension conceptuel, c'est un abus de langage qui est plus commode d'emploi que les termes d'**Ostéopathie appliquée à la sphère crânienne, d'Ostéopathie appliquée au champ de l'axe crâniosacré ou à l'axe facio-crânio-sacré**. Plus qu'une discipline indépendante, l'*Ostéopathie crânienne* revient à appliquer les compétences du praticien ostéopathe dans le champ crânien. Cette sphère crânienne, cet axe facio-crânio-sacré, pour être appréhendé par le praticien dans le concept ostéopathique nécessite un apprentissage de connaissances que s'intègrent en savoirs selon plus ou moins de

maîtrise[50]. Ces connaissances peuvent être soit des données anatomiques et physiologiques, soit des données techniques et pratiques. Malgré les critères communs qui sont employés pour référencer les établissement au RNCP, des différences se retrouvent quant au programme proposé à l'enseignement.

CHAPITRE I.

CONNAISSANCE VERSUS COMPÉTENCE

Nous avons dressé en Annexe une proposition de référentiel de formation à l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré qui reprend les connaissances à enseigner à l'apprenant dans le cadre de la formation du praticien ostéopathe. Ces savoirs ne sont pas une description d'une *Ostéopathie crânienne* mais bien les savoirs à posséder pour appréhender au mieux le champ crânien, la sphère crânio-sacrée, l'axe cranio-sacré-facial. Il s'agit, comme nous l'avons décrit précédemment, de l'approche d'une région anatomique, d'un champ d'application, d'un système. Encore une fois, nous ne différencions pas l'exercice de l'ostéopathie appliquée au champ crânien comme une pratique de l'Ostéopathie. **Il est question de décrire et d'énumérer les connaissances à acquérir par l'apprenant durant son apprentissage pour devenir compétent dans sa pratique professionnelle**. Ces connaissances sont les outils nécessaires pour garantir une pratique compétente et responsable de l'Ostéopathie. Le praticien ostéopathe doit avoir à sa disposition **une *boite à outils* complète, un système de compréhension complet qui lui permet de prendre en charge le patient**, libre à lui ensuite de choisir en fonction de son ressenti son mode de pratique, l'approche diagnostic et les techniques de traitement.

Les éléments cités en Annexe sont les connaissances que le praticien ostéopathe doit avoir acquis en fin de cursus, **les connaissances qui sont à évaluer tout au long de sa formation et de son parcours**

d'apprenant. En effet, au moment du clinicat mais également de la soutenance du mémoire, les connaissances de l'apprenant sont évaluées indirectement par l'analyse des compétences professionnelles acquises. Le clinicat et le mémoire sont dans le parcours du praticien ostéopathe les rites de passage pour obtenir le statut de praticien ostéopathe, d'ostéopathe DO. Mais au-delà de ses connaissances et de sa capacité à effectuer les actes ostéopathiques préalablement évaluées, la sanction obtenue après les clinicats et la soutenance du mémoire, **constitue pour l'apprenant une vraie reconnaissance de son statut de praticien ostéopathe, de sa compétence à exercer l'Ostéopathie.**

Reprenons à présent les principaux éléments de savoir nécessaires au praticien ostéopathe que nous présentons en Annexe et la façon dont ils sont appréhendés dans les différents programmes d'enseignement des institutions avalisés par le RNCP[8].

8 Arrêté du 25 janvier 2011 portant enregistrement au Répertoire National des Certifications Professionnelles, NOR: APPD1101840A, Version consolidée au 03 février 2011.

CHAPITRE II.

SYSTÈME DE COMPRÉHENSION DE L'OSTÉOPATHE

Le système de compréhension n'apparaît pas toujours clairement défini comme holistique et global. Pour certains établissements, il est enseigné des protocoles, des approches, que d'autres cataloguerons de *recettes*. Ce sont par exemple les *protocoles diagnostics ostéopathiques des Membres, Cervico-céphalique, Cervico-thoracique, Lombo-abdomino-pelvien*, qui sont citées dans le programme de formation du COE. Ce sont aussi les *approches crânienne, aponévrotique et viscérale, structurelle, myofasciale (Approche Fonctionnelle et palpatoire)* énoncées dans le programme de formation du CEESO. Ces *recettes* ne sont pas compatibles avec un système de compréhension du praticien ostéopathe qui le pousse à une appréhension holistique, global et individuelle, du patient. Néanmoins, ces *protocoles*, ces *conduites à tenir* sont des outils pédagogiques qui permettent à l'apprenant de se confronter à la réalité clinique durant sa formation en ayant dans sa *boite à outils* un *guide pédagogique*. Le praticien ostéopathe doit en fin de formation faire la preuve de son émancipation de ces *recettes*. En effet, c'est avec les clinicats et la sanction du fin de cursus, que **le praticien ostéopathe fait la preuve de la mise en place d'un système de compréhension ostéopathique, pas seulement d'une pratique d'actes ostéopathiques mais réellement d'un exercice de l'Ostéopathie.**

CHAPITRE III.

RÉGIONS ANATOMIQUES, CHAMPS D'APPLICATION DE L'OSTÉOPATHE

L'enseignement des **connaissances concernant les systèmes**, les régions anatomiques, leur physiologie et leur anatomie passe également par un modèle pédagogique qui cloisonne les différents systèmes. Ce qui est conceptuellement impropre au modèle holistique de l'Ostéopathie. En effet, nous retrouvons dans les différents programmes de formation une fragmentation de l'Anatomie (générale et palpatoire) en *anatomies des membres, du tronc et du rachis, du système nerveux central et périphérique, du crâne, des viscères abdominaux et thoraciques* comme au CEESO. Au CEESO où la Physiologie est segmentée en *physiologies générale, des systèmes digestif, pulmonaire, cardiovasculaire, en endocrinologie, hématologie, immunologie, microbiologie, urologie-néphrologie, neurologie, embryologie*. Ce cloisonnement dans l'enseignement **permet d'individualiser les domaines de compétence de l'apprenant et donc de suivre son apprentissage**. Même si nous retrouvons des *ostéopathies musculo-squelettique, myofasciale, crânio-sacrée, viscérale* comme dans le programme de l'ITO, il ne s'agit que d'**un modèle pédagogique permettant la mise en place de formations sur mesure adaptées aux parcours des différents apprenants**. Il s'agit également de permettre à l'enseignement, au programme, d'**évoluer de façon réactive et d'être modulable**.

CHAPITRE IV.

NIVEAUX ANATOMIQUES, TECHNIQUES THÉRAPEUTIQUES DE L'OSTÉOPATHE

L'enseignement des **connaissances des niveaux anatomiques**, des techniques qui leur sont appliquées, apparaît également selon des modalités différentes dans les programmes de formation. Pour l'IDHEO, l'approche palpatoire et gestuelle de l'ostéopathie différencie, d'une part, une unité de formation comprenant une *Ostéopathie musculo-squelettique et myofasciale*, une *Ostéopathie et ATM*, une *Ostéopathie et techniques spécifiques (Urgences)*. D'autre part nous retrouvons dans ce programme une unité de formation consistant en la *mise en application des techniques de l'ostéopathie au système musculo-squelettique et myofasciale* qui comprend notamment une *synthèse clinique* de cette mise en application. Cela revient donc bien à **développer le système de compréhension du praticien ostéopathe en situation clinique et sur la base d'approches pédagogiques ostéopathiques protocolaires**. Dans le programme du CIDO, nous retrouvons biens un apprentissage des techniques compartimenté en t*echniques de repérage et de tests, en techniques myofasciales, ostéo-articulaires, musculo-aponévrotiques*. **L'apprentissage des techniques dépend des niveaux anatomiques concernés, des principes et de modes d'action** de chacune d'entre elles. Les principes des techniques une fois intégrés, **le praticien ostéopathe a tout le loisir de les employer pour tel ou tel système, pour telle ou telle région anatomique**.

Conclusion : Nécessité d'un Consensus sur l'Organisation et le Contenu des Référentiels de la Profession d'Ostéopathe

L'enseignement implique nécessairement **un compartimentage des savoirs pour faciliter leur apprentissage et l'évaluation de l'apprentissage**. Il faut donc ici bien **différencier d'un coté les compétences du praticien qui sont du ressort de l'exercice ostéopathique et les compétences de l'apprenant qui sont du ressort du modèle d'apprentissage**. Le morcellement des connaissances qui est effectué dans l'enseignement à l'Ostéopathie pour permettre l'apprentissage est incompatible avec l'approche holistique qu'a le praticien ostéopathe du patient. Néanmoins, **c'est un passage obligé dans la formation**, il y a une progression dans l'apprentissage et donc, forcément, il peut sembler que le cursus est imparfait si on le regarde ponctuellement. Par contre, vu dans son ensemble, l'enseignement concourt bien, dans les différents établissements, à l'accès à l'ensemble des connaissances et savoirs liés à l'Ostéopathie.

L'intégration de ces savoirs doit être facilitée par un **travail de synthèse** à l'occasion de séances et de stages cliniques. Ceux-ci vont permettre une mise en application de ces savoirs et leur *réorganisation holistique*. **Sa formation permet au praticien ostéopathe de posséder une *boite à outils* des plus complètes, des actes ostéopathiques mais aussi un système de pensée, de réflexion, qui rend son exercice spécifique et différencié de ceux des autres acteurs du parcours santé**.

Il est important, en plus des principes directeurs de la pratique, de veiller à ce que ces pratiques répondent à des niveaux minimum de connaissances, de compétences ainsi que de conscience des indications et des contre-indications à la pratique ostéopathique. Pour cela, les groupes professionnels doivent être associés à l'élaboration de référentiels du métier méthodologiquement valides et évolutifs, d'une part pour chaque groupe professionnel (exclusifs, allopathes, kinésithérapeutes, ...) et d'autre part pour chaque professionnel quel que soit le lieu d'exercice (exercice exclusif, en cabinet individuel, en clinique, ...).

Définir les besoins en formation dans le domaine de l'Ostéopathie appliquée au champ crânien, c'est comparer les compétences effectives des futurs praticiens ostéopathes avec les objectifs de compétences définis par les instances dans ce domaine. En découle un dispositif de formation efficient basé sur les référentiels du métier d'ostéopathe, de compétence, de formation et de connaissances. Il faut ainsi développer des pistes d'actions plus spécifiques à la pédagogie appliquée à ce domaine, pour la formation des différents types de praticiens et donc les différents modes d'apprentissage. Cette différenciation des enseignements s'effectuera en prenant en compte les prérequis des différents apprenants et sera fondée sur un référentiel des connaissances nécessaires au praticien ostéopathe pour l'exercice de sa thérapeutique.

Le principe d'individualité de l'être humain du concept ostéopathique transcende les barrières de la thérapeutique pour devenir un principe dans les modalités d'apprentissage de l'Ostéopathie. Chaque

apprenant, chaque praticien ostéopathe, chaque ostéopathe a un parcours qui lui est propre, qui dépend de son environnement, de ses prérequis et de son centre de formation. Par contre, tout comme les lois qui régissent le corps humain sont l'objet d'un consensus entre praticiens de santé, les connaissances liées à la pratique de l'Ostéopathie sont elles aussi soumises à un consensus entre les praticiens ostéopathes. **C'est l'un des grands enjeux pour l'avenir de la pratique de l'Ostéopathie que de mettre d'accord les différents groupes de praticiens ostéopathes sur un certain nombre de modalités d'exercices comme les techniques employées, les champs d'application abordés, la déontologie et l'éthique approuvées de tous**.

Annexe : Proposition de Référentiel de Connaissances pour la Formation de l'Ostéopathie Appliquée au Champ Crânien

Le référentiel suivant est modélisé comme un référentiel de formation concernant l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré. Il consiste en une liste des connaissances propres à la sphère crânienne qui permettront à l'apprenant de mettre en œuvre un système de compréhension propre à l'exercice de l'Ostéopathie c'est à dire appréhender le patient dans son ensemble, toutes ses régions anatomiques, selon tous les niveaux anatomiques, et mettre en place un axe de traitement holistique en utilisant toutes les déclinaisons de techniques manuelles et de conseils hygièno-diététiques.

Données fondamentales ostéopathiques

Nous trouvons énoncés ici comme objectifs pédagogiques les prérequis nécessaires à l'apprentissage d'une réflexion ostéopathique et d'une application du système de compréhension de l'ostéopathe au champ crâniosacré. Il s'agit là des principes conceptuels, des principes anatomiques et des principes thérapeutiques inhérents à l'exercice de l'Ostéopathie. Ceux-ci seront ensuite repris plus en détail pour les différentes régions anatomiques et pour les différents niveaux anatomiques. Cela dans le but de permettre à l'apprenant de développer ses connaissances et ses compétences dans une compréhension rigoureuse du corps humain qui sera le lieu d'expertise et le siège de sa réflexion de praticien ostéopathe.

1. **Concepts / Théories / Modèles ostéopathiques appliqués au champ crâniosacré**
   - PHILOSOPHIE OSTEOPATHIQUE (Andrew Taylor Still)
   - MODÈLE CRÂNIOSACRÉ (William Garner Sutherland)
   - LIQUIDE CORPOREL (Torsten Liem)
   - MEMBRANES ET FASCIAS
   - MODÈLE DES CHAÎNES MYOFASCIALES

- MODÈLE BIOMÉCANIQUE – MÉCANIQUE DU RACHIS
- MODÈLE PHYSIOLOGIQUE
- DIAPHRAGMES TRANSVERSAUX
- SCHÉMAS DE ZINK
- …

2.Embryogenèse (Caporrossi)

3.Organisation générale

4.Principes thérapeutiques

- Initiation palpatoire : repères palpatoires, points crâniométriques
- Tests diagnostiques et techniques de normalisation ostéopathiques * :
  - Techniques structurelles directes : thrust, HVBA, énergie articulatoire et musculaire, TOG
  - Techniques fonctionnelles indirectes : fonctionnelles, contre tension
  - Techniques d'équilibrage : ligamentaire et articulaire ligamentaire
  - Techniques combinées : myofascial, fascial (membranes, viscérales), de Still, mécanisme involontaire
  - Techniques réflexes : Chapman, points réflexes, neuromusculaires
  - Techniques fluidiques : drainage, lymphatique, LCR, sinus veineux

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

- *Les Principes*
- *Le Mécanisme d'action*
- *L'intérêt, Indications, Contre indications*
- *Les Tests diagnostiques*
- *Les Techniques de normalisation*
- *Les Tests de vérification)*

Contenant.

L'objectif pédagogique est dans cette partie d'assimiler des connaissances anatomiques nécessaires à une approche globale du crâne, du rachis et du bassin, permettant un abord du système crâniosacré dans son ensemble en développant une expertise s'articulant autour des structures anatomiques. Ces liens entre structures, le praticien ostéopathe ne les fait pas uniquement sur des niveaux anatomiques mais aussi selon des connaissances embryologique, physiologique et sémiologique liées à ces structures. Le système de compréhension de l'ostéopathe prend en compte tous les plans constitutifs et organisationnels de la région anatomique incriminée, par le patient dans son motif de consultation, et par les résultats du diagnostique ostéopathique.

De la même manière le référentiel de connaissances aborde les tests diagnostiques et les techniques de normalisation de chaque structure par une mise en place propre à la structure

décrite, mais les principes de la technique, son mode d'action et son intérêt, sont bien définis par la technique mise en place et non propre à la structure où elle est appliquée.

1. **Tête et Cou**
    - Les os du crâne : …
    - Les Articulations du crâne : …
    - Les Muscles du crâne : …
    - L'Appareil fibreux du crâne : …
2. **Rachis**
    - Les os du rachis : …
    - Les Articulations du rachis : …
    - Les Muscles du rachis : …
    - L'Appareil fibreux du rachis : …
3. **Bassin** (**Sacrum**, **Coccyx**, **Iliaques**)
    - Les os du bassin : …
    - Les Articulations du bassin : …
    - Les Muscles du bassin : …
    - L'Appareil fibreux du bassin : …

Pour chaque item du Contenant, sont à développer :

Les Données Fondamentales :

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

Les Pathologies Médicales :

1. *Les Descriptions / Les Sémiopathologies*
2. *Les Examens complémentaires*
3. *Les Outils thérapeutiques*
4. *Les Diagnostics différentiels, d'exclusions*

Les Approches Ostéopathiques :

1. *L'Anatomie palpatoire*
2. *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, Indications, Contre indications*
- *Les Tests diagnostiques*
- *Les Techniques de normalisation*
- *Les Tests de vérification)*

Contenu.

Dans cette partie « Contenu », l'objectif est pour l'apprenant de se constituer une vision globale des systèmes nerveux, membraneux et liquidien. En effet dans la partie précédente, ces systèmes ont été étudiés de façon fractionnée au travers des différentes régions anatomiques. Il s'agit à présent d'appréhender les systèmes dans leur ensemble, comme des niveaux anatomiques. Ils seront des liens à proposer dans l'approche diagnostique du patient, de son motif de consultation. En effet, chacun de ces systèmes, au travers de son anatomie, de son embryologie, de sa physiologie, ... sera à étudier pour permettre une recherche étiologique des différents signes évoqués par le patient au cours de l'anamnèse et de l'interrogatoire, ou observés par le praticien ostéopathe durant l'examen clinique.

Comme pour le Contenant, les techniques décrites pour chaque niveau anatomique sont transposables sur tous les niveaux anatomiques selon des principes, un mécanisme d'action et un intérêt qui les définis. C'est uniquement dans leur mise en place qu'elles se caractériseront pour chacune des structures anatomiques énoncées.

- **Le Système nerveux**

1) Le Système nerveux central : ...
2) Le Système nerveux autonome : ...
3) Le Système nerveux périphérique : ...
4) Le Système neuroendocrinien : ...

- **Méninges, membranes cérébrales et spinales**

1) Les feuillets méningés : ...
2) La dure mère rachidienne : ...
3) La dure mère crânienne et ses expansions : ...

- **Les Liquides**

1) Le Liquide céphalo-rachidien : ...
2) Le Système artériel : ...
3) Le Système veineux : ...
4) Le Système lymphatique : ...

Pour chaque item du Contenant, sont à développer :

Les Données Fondamentales :

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

Les Pathologies Médicales :

1. *Les Descriptions / Les Sémiopathologies*
2. *Les Examens complémentaires*
3. *Les Outils thérapeutiques*
4. *Les Diagnostics différentiels, d'exclusions*

Les Approches Ostéopathiques :

1. *L'Anatomie palpatoire*
2. *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, Indications, Contre indications*
- *Les Tests diagnostiques*
- *Les Techniques de normalisation*
- *Les Tests de vérification)*

Thèmes spécifiques

Dans cette partie sont énoncés comme objectifs pédagogiques les spécificités de certains groupes de patients et de certains types de motifs de consultation. En effet, le praticien ostéopathe met en place une approche globale, holistique du patient. Mais des caractéristiques chez le patient, des signes dans le motif de consultation, tendent à orienter la démarche diagnostique et thérapeutique du praticien ostéopathe vers une approche spécifique. Même s'il est unique, l'âge du patient, des caractéristiques physiques ou psychologiques, vont conduire le praticien ostéopathe a conduire sa démarche thérapeutique vers une orientation plus spécifique.

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] The Scope of Osteopathy in Europe, Appendix1, par le groupe de travail sur la portée de la pratique de l'Ostéopathie en Europe, European Federation of Osteopaths (EFO), Juin 2010, p28.

[2] L'ostéopathie en question Controverses autour de la légitimité des pratiques, par L Morand, Mémoire présenté pour le diplôme de Master 2 de Sciences Sociales Mention Sociologie de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Septembre 2007, p47-64.

[3] L'ostéopathie en question Controverses autour de la légitimité des pratiques, par L Morand, Mémoire présenté pour le diplôme de Master 2 de Sciences Sociales Mention Sociologie de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Septembre 2007, p32 à 46.

[4] Pour un enseignement stratégique, L'apport de la psychologie cognitive, par J Tardif, éd Les Éditions Logiques, 1997, p47-54.

[5] Les chemins de la pédagogie, guides des idées sur l'éducation, la formation et l'apprentissage ; Quatre types d'objectifs pédagogiques, par F Tilman et D Grootaers, éd Chronique sociale/Couleur Livres, 2006, p30-32.

[6] Diagnostique ostéopathique général ; Introduction, par A Croibier, éd Elsevier, 2005, pXV-XVI.

[7] Medical Education Summits : Built a solid foundation for the future of the Osteopathic Medical profession, par D K Watson et K J Nichols, JAOA, vol 108, n°3, Mars 2008, p110-115.

[8] Pour un enseignement stratégique, L'apport de la psychologie cognitive » de J Tardif, éd Les éditions logiques, 1997, p61-72.

[9] Neurosciences, par N Boisacq Schepens et M Crommelinck, éd Duno, 2004, p1-8 et Neuroanatomie clinique et neurosciences connexes, par M J T Fitzgerald, éd Maloine, 2003, p255-263.

[10] Le Cognitivisme : Théorie et Pratique, par B Legault, paru dans la revue Pédagogie collégiale, septembre 1992, p41-42 et Neurobiologie et Pédagogie, L'homme neuronal en situation d'apprentissage, par C Hadji, paru dans Revue Française de Pédagogie, Avril-Mai-Juin 1984, n°67, p37-44.

[11] Human nature and conduct : an introduction to social psychology, par J Dewey, éd Bibliobazaar, 2009 et Democracy And Education », par J Dewey, éd Cambridge Scholars Publishing, 2009.

[12] Pour un enseignement stratégique, L'apport de la psychologie cognitive, par J Tardif, éd Les éditions Logiques, 1997, p43.

[13] Courants pédagogiques et technologies de l'éducation, par M Lebrun, article publié sur http//www.european-mediaculture.org.

[14] OMM Education vs Real World Medecine, par S M Davidson, paru dans JAOA, vol 108, n°2, février 2008, p87-89.

[15] Pour un enseignement stratégique, L'apport de la psychologie cognitive, par J Tardif, éd Les Éditions Logiques, 1997, p37.

[16] 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 T Carpentier, L Beustes, Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme Supérieur en Ostéopathie, COS Aquitaine, Bordeaux, 2010, p49-71.

[17] De la compétence : Essai sur un attracteur étrange, par G Le Borterf, éd D'organisations, 1995, Partie I, Chapitre 7.

[18] Construire des compétences dès l'école, par P Perrenoud, éd ESF, 1997, 3e éd. 2000 et Recensions par R L Coté, Revue des Sciences de l'Éducation, vol 24, n°2, 1998, p438-439.

[19] La compétence comme organisateur des programmes de formation revisitée, ou la nécessité de passer de ce concept à celui de l'agir compétent, par P Jonaert, M Yaya, D Masciotra et J Barrette, Bureau international d'éducation de l'UNESCO, septembre 2006, p3.

[20] La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, Rapport présidé par Y Berland, Rapporteuse M-A Coudray, Rapport préparatoire pour le Ministre de la Santé, 2008, p75-83, 89, 92,94,95.

[21] Les livrets de compétences : Nouveaux outils pour l'évaluation des acquis, par A Houchot, F Robine, Rapport au ministre de l'éducation nationale n°2007-048, juin 2007, p 7-8.

[22] L'organisation juridique des compétences des professionnels de santé, Rapport de J Moret Bailly, Université Jean Monnet Saint Étienne, Faculté de droit, Annexe 1 de Modalités et conditions d'évaluation des Compétences Professionnelles des Métiers de la Santé, Rapport de mission, Professeur Yves Matillon, Août 2003, p60.

[23] Idem, p77-80.

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

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

[26] Décision du Conseil d'État statuant en date du 23 janvier 2008 suite au recours N° 304482,3044833, (Tables du Recueil Lebon) de l'AFO et du SNOF.

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

[28] Article 16, décret n° 2007-435 du 25 mars 2007.

[29] Référentiel de formation du métier d'ostéopathe, commandité par l'AFO, conduit par Lerat et Jeanniot, Master professionnel Psychologie du Travail, 2010.

[30] Référentiel de formation des médecins ostéopathes, réalisé pour la FEMMO, *non daté*.

[31] Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Rapport de Mission, Professeur Y Matillon, Août 2003, p33.

[32] Idem.

[33] Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers, CRESI, Projet pilote Leonardo Da Vinci, coordonné par l'HENAC, 2006-2008.

[34] Référentiel de compétences du métier d'ostéopathe, Version 1, par S Marguerite et M Picard, Master Professionnel Psychologie du travail, AFO, 2009.

[35] Ostéopathes de France, Référentiel du métier et des compétences, par UFOF, http://www.osteofrance.com, Mai 2010.

[36] Norme de compétence de l'ostéopathie, par Registre des ostéopathes de France, 2004.

[37] Idem.

[38] Ostéopathes de France, Référentiel du métier et des compétences, par UFOF, http://www.osteofrance.com, Mai 2010.

[39] Référentiel d'ostéopathie Animale : Savoirs requis pour un Docteur Vétérinaire en vue de l'obtention du titre de vétérinaire ostéopathe, participent à l'élaboration de ce référentiel d'ostéopathie vétérinaire : Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Vétérinaires, le Syndicat National des Vétérinaires d'Exercice Libéral, l'École Nationale Vétérinaire de Lyon, l'École Vétérinaire de Nantes, l'IMAOV, l'AVETAO, VETOSTEO, mars 2008.

[40] Le référentiel des médecins ostéopathes, Le référentiel de formation, par FEMMO, http://www.femmo.fr/, 2011.

[41] Principes directeurs pour la formation en Ostéopathie, Formation, Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative, par OMS, 2010.

[42] L'Ostéopathie en question : Controverses autour de la légitimité des pratiques, par L Morand, Mémoire présenté pour le diplôme de Master 2 de Sciences Sociales Mention Sociologie de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Septembre 2007, p103-109.

[43] L'utilisation des trois temps pédagogiques dans l'enseignement ostéopathique, par M Roy et S Servais,Thèse présentée au jury international, CEO, Montréal, juin 2003.

[44] La compétence comme organisateur des programmes de formation revisitée, ou la nécessité de passer de ce concept à celui de l'agir compétent, par P Jonaert, M Yaya, D Masciotra et J Barrette, Bureau international d'éducation de l'UNESCO, septembre 2006.

[45] Pour un enseignement stratégique, L'apport de la psychologie cognitive,par J Tardif, éd Éditions Logiques, 1997.

[46] Le transfert des apprentissages, par J Tardif, éd Logiques, 1999.

[47] Principes directeurs pour la formation en Ostéopathie, Formation, Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative, par OMS, 2010.

[48] Référentiel d'ostéopathie Animale : Savoirs requis pour un Docteur Vétérinaire en vue de l'obtention du titre de vétérinaire ostéopathe, participent à l'élaboration de ce référentiel d'ostéopathie vétérinaire : Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Vétérinaires, le Syndicat National des Vétérinaires d'Exercice Libéral, l'École Nationale Vétérinaire de Lyon, l'École Vétérinaire de Nantes, l'IMAOV, l'AVETAO, VETOSTEO, mars 2008.

[49] Arrêté du 25 janvier 2011 portant enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles, NOR: APPD1101840A, Version consolidée au 03 février 2011.

[50] Normes de compétences de l'ostéopathe 2004, par Registre des Ostéopathes de France, 2004.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE....3

LISTE DES ABRÉVIATIONS....4

INTRODUCTION....5

PARTIE I.
DÉFINITIONS....7

Chapitre I.
Apprentissage comme Intégration et Assimilation....8

Chapitre II.
Connaissance comme Savoir, Savoir faire et Savoir être....11

Chapitre III.
Compétence comme Capacité(s)....14

Chapitre IV.
Qualification comme Responsabilité....17

PARTIE II.
ÉTUDE DES DIFFÉRENTS RÉFÉRENTIELS EXISTANTS....20

Chapitre I.
Compétences du Praticien Ostéopathe Liées à sa Pratique Appliquée dans le Champ Crâniosacré....23

Chapitre II.
Connaissances du Praticien Ostéopathe Liées à sa Pratique Appliquée dans le Champ Crâniosacré....27

PARTIE III.
PROPOSITIONS SUR LE CONTENU DU RÉFÉRENTIEL DE CONNAISSANCES....31

Chapitre I.
Connaissance versus Compétence....34

Chapitre II.
Système de Compréhension de l'Ostéopathe....36

Chapitre III.
Régions Anatomiques, Champs d'Application de l'Ostéopathe....37

Chapitre IV.
Niveaux Anatomiques, Techniques Thérapeutiques de l'Ostéopathe....38

CONCLUSION : NÉCESSITÉ D'UN CONSENSUS SUR L'ORGANISATION ET LE CONTENU DES RÉFÉRENTIELS DE LA PROFESSION D'OSTÉOPATHE....39

ANNEXE : PROPOSITION DE RÉFÉRENTIEL DE CONNAISSANCES POUR LA FORMATION DE L'OSTÉOPATHIE APPLIQUÉE AU CHAMP CRÂNIEN....42

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES....47

TABLE DES MATIÈRES....50

RESUME

Résumé :

La reconnaissance récente d'user du Titre d'Ostéopathe en France laisse une grande liberté dans les modes d'exercices de la pratique. L'enseignement de l'Ostéopathie, notamment de l'Ostéopathie appliquée dans le champ crâniosacré, ne s'appuie toujours pas sur un consensus des différents centres de formation. Malgré une même qualification professionnelle, les praticiens ostéopathes ne pratiquent pas selon les mêmes champs de compétences, selon les mêmes bases de connaissances.

À travers un état des lieux des référentiels existants nous allons mettre en évidence les bases d'un référentiel pour l'apprentissage de l'Ostéopathie appliquée au champ crâniosacré.

Mots-clés :

Ostéopathie, Champ Crâniosacré, Connaissance, Compétence, Référentiel, Système de compréhension.

Abstract :

The recent recognition of the "Titre d'Ostéopathe" in France allows great freedom on the osteopathic practices. The pedagogy applied to the teaching of Osteopathy, particularly Osteopathy applied on the craniosacral field, is not always based on a consensus among the various training centers. For a given formal qualification osteopathic practitioners do not operate according to the same field of competence or to the same knowledge base.

Through an inventory of existing repositories we will highlight the foundations of a specific repository pertaining the learning of Osteopathy applied to the craniosacral field.

Keywords :

Osteopathy, Craniosacral Field, Knowledge, Competence, Repository Understanding system.

Université d'Angers
Faculté de Médecine
Formation Médicale Continue

Ostéopathie Appliquée dans le Champ Crânien :

Nécessité d'un Référentiel Commun

Étude et propositions autour d'un référentiel de connaissances pour l'enseignement à l'ostéopathie appliquée au champ crâniosacré

Mémoire pour le DIU Pédagogie et Communication en Sciences Médicales
présenté et soutenu publiquement le 18 Novembre 2011
par

Monsieur Thomas Carpentier

Directeur de mémoire

Professeur Isabelle RICHARD
Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation