



**SOCIÉTÉ CANADIENNE POUR LA
TRADITION DE L'OSTÉOPATHIE**

Réponses à la consultation publique sur
l'encadrement professionnel
des ostéopathes
Avril 2021

Socato

5184, boulevard Cousineau, bureau 206
Saint-Hubert (Québec) J3Y 0E1
Téléphone : (514) 400-4213
Courriel : info@socato.ca

www.socato.ca

Table des matières

SOMMAIRE EXÉCUTIF	1
<i>Présentation de Socato</i>	1
<i>Résumé de la position de Socato, exprimée dans le cadre de la présente consultation de l'Office des professions</i>	2
RÉPONSES DE SOCATO AUX 14 QUESTIONS DE LA CONSULTATION PUBLIQUE - AVRIL 2021	5
<i>Question 1</i>	5
<i>Question 2</i>	13
<i>Question 3</i>	15
<i>Question 4</i>	17
<i>Question 5</i>	19
<i>Question 6</i>	20
<i>Question 7</i>	22
<i>Question 8</i>	24
<i>Question 9</i>	25
<i>Question 10</i>	27
<i>Question 11</i>	29
<i>Question 12</i>	31
<i>Question 13</i>	32
<i>Question 14</i>	34

Sommaire exécutif

Présentation de Socato

La Société canadienne pour la tradition de l'ostéopathie (Socato) est une association d'ostéopathes et d'étudiants en ostéopathie canadiens fondée en 2001. Notre organisation a donc 20 ans en 2021.

Plus précisément, Socato compte 118 membres, ostéopathes et étudiants en ostéopathie, dont la grande majorité se trouvent au Québec.

Les objectifs de Socato sont les suivants :

- défendre, promouvoir, valoriser et développer la pratique et la reconnaissance de l'ostéopathie au Québec et au Canada;
- imposer une pratique déontologique dans l'intérêt du public;
- renseigner et protéger le public;
- créer une structure représentative des intérêts des ostéopathes.

Socato ne se voue donc pas exclusivement à la défense des intérêts de ses membres, elle est également très préoccupée de protéger la clientèle que ses membres desservent.

Pour être membre ostéopathe de Socato, les praticiens doivent répondre aux exigences suivantes :

- avoir suivi 4200 heures de formation, comprenant une formation minimale d'une durée de 3 ans ainsi que 1000 heures de pratique supervisée;
- avoir suivi une formation de 15 heures en éthique et déontologie;
- réussir un examen pratique devant jury;
- rédiger un mémoire de niveau universitaire, soutenu devant jury (ou clinicat);
- avoir suivi un cours de secourisme (minimum RCR niveau C et DEA);

Les ostéopathes membres de Socato doivent également respecter le Code de déontologie de l'association. Ce Code de déontologie met de l'avant le même principe fondamental que ceux des ordres professionnels, à savoir la protection du public, par des mesures liées au maintien des compétences, à l'intégrité, à la responsabilité professionnelle, à l'indépendance, au secret professionnel, à l'information claire sur les honoraires, etc. Le Code de déontologie contient en outre une section sur la tenue des dossiers, qui assure que les ostéopathes respectent des normes de qualité à ce chapitre.

Par ailleurs, la philosophie de Socato par rapport à la reconnaissance de l'ostéopathie au Québec (et au Canada) a toujours été et est toujours d'être un interlocuteur parmi d'autres interlocuteurs sérieux qui s'occupent de représenter la « profession » et de protéger le public. Socato ne cherche pas la division, mais plutôt une union des forces en

présence permettant la discussion au sein de la communauté afin de faciliter le parcours vers cette reconnaissance et, au Québec, vers l'encadrement par le système professionnel. D'ailleurs, depuis le début des travaux de l'Office, Socato n'a pas travaillé en vase clos, mais s'est assurée de partager ses idées et ses opinions avec d'autres groupes d'ostéopathes que Socato considère comme sérieux.

Dès sa création en 2001, Socato s'est jointe au mouvement et aux discussions pour la création d'un ordre professionnel des ostéopathes qui avaient débuté dans les années 90. Depuis 2011, l'association s'implique très activement dans ce dossier.

Résumé de la position de Socato, exprimée dans le cadre de la présente consultation de l'Office des professions

Methodologie :

Pour élaborer sa position dans le cadre de la présente consultation, Socato a créé, à l'automne 2020, un comité de travail chargé de répondre aux 14 questions de l'Office.

Ce sont donc 10 membres de Socato qui ont d'abord travaillé en sous-groupes, puis de concert, pour effectuer la recherche requise et rédiger le présent document.

Les réponses élaborées par le comité de travail ont ensuite été soumises à tous les membres de l'association par le biais d'un sondage, dans le but de vérifier l'adéquation de ces réponses avec la pratique et le positionnement de nos membres sur les sujets traités.

La très grande majorité des répondants ont appuyé sans réserve nos positions. Quant aux quelques membres ayant exprimé des réserves, nous nous sommes assurés de leur transmettre l'information qui leur permettrait, s'ils le souhaitaient, de soumettre à l'Office leur propre position, éventuellement différente de celle de leur association.

À la suite du processus décrit ci-dessus, c'est donc avec enthousiasme que Socato soumet à l'Office des professions ses réponses aux questions posées dans le cadre de la présente consultation et qui seront élaborées dans les pages suivantes. En résumé, la position de Socato s'exprime ainsi :

Création d'un ordre professionnel distinct :

Nous croyons que l'ostéopathie doit être considérée comme une profession à part entière et que les ostéopathes, reconnus comme des professionnels de la santé, auront la capacité de gérer leur propre ordre, tant sur le plan de la protection du public que sur le plan financier (le premier étant tributaire du second). Comme nous l'indiquons dans notre réponse à la question 13, c'est sur les bases de la spécificité de l'approche ostéopathique, de l'expertise d'encadrement déjà acquise dans le milieu, du nombre d'ostéopathes en

pratique et de leur capacité de disposer de ressources financières suffisantes que nous demandons à l'Office des professions et au gouvernement que soit créé un ordre professionnel des ostéopathes, distinct des autres ordres du domaine de la santé.

Dans l'esprit de collaboration qui a toujours animé Socato et les autres associations ainsi que les écoles sérieuses du domaine, l'Office peut être rassurée, pour l'avenir, qu'un ordre professionnel des ostéopathes collaborera avec les autres ordres de la santé et avec l'Office des professions. Cette collaboration assurera que les activités des ostéopathes et celles de l'Ordre s'effectuent dans la meilleure harmonie possible avec les autres professionnels et leurs ordres ainsi qu'en tout respect des activités et des compétences de chacun.

Voir en particulier réponse à la question 13.

Champ d'exercice :

Le champ d'exercice mentionné au document de consultation répondant le mieux à ce qui est prôné par Socato et par d'autres intervenants du domaine est certainement celui qui a été proposé en 2017 par le Groupe de travail formé par l'Office. Toutefois, certains éléments devraient y être ajoutés. Voici notre proposition de la définition du champ d'exercice des ostéopathes, qui devrait être intégrée au *Code des professions* :

« Évaluer les dysfonctions de mobilité et de motilité des structures, tissus, organes et liquides du corps humain, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions manuelles dans le but de corriger les dysfonctions et de favoriser la capacité du corps à s'autoréguler. »

Cette définition inclut le plan de traitement, que nous jugeons primordial pour la protection du public. Elle fait également comprendre clairement la vision et la finalité de l'ostéopathie, qui est de favoriser l'autorégulation du corps par les techniques ostéopathiques. Finalement, cette définition a l'avantage de décrire parfaitement comment et sur quels éléments du corps humain peuvent se pratiquer les techniques ostéopathiques.

Voir en particulier réponses aux questions 3 et 4.

De plus, l'expression « dysfonction ostéopathique » ne devrait pas faire partie de la définition du champ d'exercice, afin de ne pas nuire à la compréhension du public ni à la définition même de l'ostéopathie.

Voir en particulier réponse à la question 6.

Activités :

Il est primordial que l'ordre professionnel des ostéopathes encadre les activités liées aux systèmes viscéral et crânien, aussi bien qu'à celles liées au système neuromusculo-squelettique. Les ostéopathes du Québec, comme ceux d'un grand nombre de pays, maîtrisent ces techniques et les utilisent dans leur pratique, puisqu'elles font partie intégrante de l'activité ostéopathique et qu'elles ont été apprises dans le cadre de leur cursus académique. De plus, le corps humain étant vu dans son entièreté par les praticiens de l'ostéopathie, ne pas leur permettre d'utiliser certaines de ces techniques équivaldrait à dénaturer leur pratique. L'ostéopathie pratiquée en Suisse encadre toutes ces activités, qui font également partie de la définition donnée par l'OMS à l'ostéopathie.

Voir en particulier réponses aux questions 1 et 5.

Professionnels de première ligne :

Les ostéopathes devront être reconnus comme des professionnels de première ligne. Comme ils le font déjà, une fois qu'ils seront membres d'un ordre professionnel, les ostéopathes auront l'obligation de référer au médecin ou à un autre professionnel de la santé lorsqu'ils jugeront que la situation de leur patient le nécessite. Toutefois, ils devront avoir la latitude pour exercer leur profession en toute autonomie lorsqu'ils jugeront pouvoir traiter leur patient pour l'entièreté du problème qui l'a mené à consulter un ostéopathe. Leur ordre professionnel s'assurera alors qu'ils détiennent les compétences nécessaires pour le faire, et les sanctionner par des mesures disciplinaires s'ils avaient mal évalué et/ou traité un patient.

Uniformisation de la formation et des conditions d'obtention d'un permis :

La création d'un ordre professionnel assurera que désormais, les ostéopathes en pratique au Québec auront reçu une formation uniforme et de qualité et qu'ils obtiendront leur permis de pratique sur des bases solides et également uniformes.

Réponses de Socato aux 14 questions de la consultation publique - avril 2021

Question 1 : De façon générale, que pensez-vous du portrait de l'ostéopathie esquissé dans le présent document ? Vous paraît-il conforme à la pratique actuelle ?

Afin de répondre le plus clairement possible à cette première question portant sur le portrait de l'ostéopathie présenté dans le document de consultation, nous avons choisi de le faire en la divisant en cinq sous-questions, que voici :

- 1. Le portrait effectué aux pages 9 à 19 et à la page 28 du document de consultation est-il conforme à nos propres constats sur l'ostéopathie ?**
(Les pages 21 à 27 du document ne faisant pas partie, selon nous, du portrait de la situation actuelle de l'ostéopathie mais plutôt de propositions pour l'avenir, nous en traiterons dans nos réponses aux questions 3 et suivantes de notre document.)
- 2. Nous semble-t-il exact, par exemple, qu'à l'international, il n'y ait pas de consensus sur la façon de pratiquer l'ostéopathie?**
- 3. Le portrait de la situation particulière de la formation au Québec, présenté en haut de page 13, est-il exact, selon nous (formation inégale au sein de plusieurs écoles, conditions d'admission variables, etc.) ?**
- 4. L'évaluation du nombre d'ostéopathes pratiquant au Québec et de leurs milieux de pratique est-elle conforme à la réalité que nous connaissons (p. 15) ?**
- 5. Finalement, Socato est-il en accord avec les constats de l'Office présentés en page 28 du document?**

Le portrait effectué aux pages 9 à 19 et à la page 28 du document de consultation est-il conforme à nos propres constats sur l'ostéopathie ?

En général, le portrait présenté par l'OPQ dans le document de consultation nous semble juste. Nous aimerions toutefois insister sur une partie de la définition de l'OMS que vous citez en page 10 et que vous reprenez en page 28 et qui constitue l'un des principes inhérents à l'ostéopathie : il s'agit de l'interrelation entre les systèmes neuromusculo-squelettique, crânien et viscéral. À la page 28, au 2e paragraphe du chapitre 5.1, il nous apparaît fort juste d'utiliser l'expression « interrelations entre les différents systèmes du corps humain ». Néanmoins, nous croyons fondamental d'y ajouter le terme « interdépendance ». En effet, comme stipulé par l'Office, le concept ostéopathique se distingue notamment par l'importance qu'il accorde aux interrelations entre les différents systèmes du corps humain. Mais cette interrelation ne peut exister sans qu'on ne considère, en plus, qu'il y a interdépendance entre ces différents systèmes. Il s'agit en effet là d'un principe de base de l'ostéopathie sur lequel doit, selon nous, se baser le

système d'encadrement qui sera mis en place pour la profession d'ostéopathe. Cet état de fait trouve écho également dans le modèle BPS (ou modèle biopsychosocial, sur lequel nous reviendrons à la question 2).

Nous semble-t-il exact, par exemple, qu'à l'international, il n'y ait pas de consensus sur la façon de pratiquer l'ostéopathie?

En effet, il existe des différences sur le plan de la pratique ostéopathique selon les pays, comme mentionné dans le document de l'OPQ. Nous sommes d'avis qu'une telle pluralité des modèles est importante en permettant une diversité d'opinions, dans laquelle le modèle québécois actuel et à venir trouve sa place. (« All models are wrong, but some are useful. » George Box).

Toutefois, nous nous permettons d'indiquer que le modèle du Royaume-Uni, qui fait l'objet d'une description dans le document de consultation, est d'autant plus contraignant pour les ostéopathes québécois qu'il propose une ostéopathie dans laquelle les techniques viscérales et crâniennes sont peu utilisées. Nous vous soumettons que ce modèle ne cadre pas avec la pratique qui s'effectue actuellement au Québec.

« En outre, près de 50% des répondants affirment ne jamais recourir, ou ne recourir que très rarement, aux techniques viscérales et crâniennes. », peut-on lire à la page 11 de votre document.

C'est peut-être vrai selon cette étude menée au Royaume-Uni, mais il s'agit de leur réalité, de leur portrait. Ailleurs dans le monde, la pratique de l'ostéopathie s'exprime différemment, bien que les principes de travail puissent être les mêmes pour tous.

Nous nous permettons d'orienter l'Office vers le modèle de la Suisse, qui n'a pas été décrit dans le document de consultation. Selon nous, ce modèle se rapproche beaucoup plus du modèle québécois que celui du Royaume-Uni. En effet, les ostéopathes suisses traitent les problèmes liés aux systèmes neuromusculosquelettique, digestif, crânien, génito-urinaire et respiratoire. Pour plus d'informations, voir le site de la Fédération suisse des ostéopathes, au lien suivant :

<https://www.fso-svo.ch/osteopathie/motifs-consultation>

Au Québec, il nous apparaît normal que les praticiens n'utilisent pas 100% des techniques apprises dans leur cursus. En effet, certains ostéopathes québécois ne travaillent pas avec les techniques viscérales et crâniennes, mais d'autres le font. Cela fait partie du portrait de la pratique actuelle de l'ostéopathie. Comme c'est le cas pour la plupart des professions, chacun a son champ d'expertise propre, qui peut différer de celui d'autres membres de la même profession. À titre d'exemple, un ingénieur de Polytechnique

approche le génie différemment des ingénieurs formés à l'ETS ou à l'Université de Sherbrooke.

Certains ostéopathes ont des préférences que d'autres n'ont pas. Par exemple, aux techniques plus brèves telles les normalisations structurales HVLA, d'autres préféreront les techniques plus lentes. Si cette question des techniques utilisées était posée en France, aux États-Unis ou ailleurs, les réponses seraient probablement différentes de celles répertoriées pour le Royaume-Uni.

Les techniques crâniennes et viscérales sont des outils thérapeutiques qui sont enseignés dans le cursus des écoles du Québec et qui devront pouvoir être utilisées par les ostéopathes québécois dans l'avenir, selon leur évaluation professionnelle et les besoins des patients¹. Ce n'est pas la fréquence à laquelle ces techniques sont utilisées qui importe, mais les effets bénéfiques qu'elles procurent aux patients que l'Office doit prendre en considération.

Le portrait de la situation particulière de la formation au Québec, présenté en haut de page 13, est-il exact, selon nous (formation inégale au sein de plusieurs écoles, conditions d'admission variables, etc.) ?

En effet, nous pouvons constater que le portrait de la formation en ostéopathie au Québec peut différer entre les différentes écoles québécoises. Cela dit, depuis plusieurs années, la plupart des écoles en ostéopathie se sont arrimées au standard établi par l'OMS et ont rehaussé leur cursus académique. À titre d'exemple, la formation exigée en ostéopathie pour devenir membre de Socato est 4200 heures. Mais il est vrai que la création d'un ordre professionnel, en uniformisant la formation initiale en ostéopathie ainsi que les conditions d'obtention d'un permis, garantira un standard de pratique qui sera de nature à rassurer le public, en plus de le protéger.

L'évaluation du nombre d'ostéopathes pratiquant au Québec et de leurs milieux de pratique est-elle conforme à la réalité que nous connaissons (p. 15) ?

Depuis le sondage effectué par l'Office en 2013, le nombre d'ostéopathes pratiquant au Québec a certainement augmenté. Le rapport de 2020 de l'OIA (*Global review of osteopathic medicine and osteopathy*, p.6) recense 2900 ostéopathes pratiquant au Canada.

Selon le même sondage de 2013, les 78% d'ostéopathes qui sont titulaires d'un diplôme donnant ouverture à l'un des permis de l'OPPQ ne correspond probablement pas à celui

¹ Dans ce document, nous utiliserons les termes « patient » et « client ». Toutefois, nous sommes bien conscients que le terme « patient » ne pourra être utilisé formellement par les ostéopathes, le milieu de la santé et le public en général que lorsque l'ostéopathie sera encadrée par un ordre professionnel. Pour l'instant, nous traitons avec des « clients », et non avec des « patients ».

des membres de Socato. Les dossiers des membres de notre association sont évalués sur la formation spécifique en ostéopathie et non sur une éventuelle autre formation du domaine de la santé. Pour les membres de Socato, il est donc impossible de confirmer cette donnée avancée par l'Office. Toutefois, sur la base de la connaissance personnelle que nous avons de nos membres, nous avons l'impression que le pourcentage serait plus faible chez nous.

Enfin, Socato est-il en accord avec les constats de l'Office présentés en page 28 du document?

Nous aimerions souligner un état de fait. Ailleurs dans le monde, comme au Québec, c'est la forme non médicale de la pratique de l'ostéopathie qui domine largement. Aux États-Unis, toutefois, seule la forme médicale de l'ostéopathie est pratiquée. Les ostéopathes des États-Unis exercent selon les mêmes dispositions que les médecins québécois. De même, comme stipulé dans le document de consultation et par le Collège des Médecins (CDM), un ostéopathe américain a pleinement le droit de pratiquer la médecine au Québec, une fois atteints les critères du CDM pour l'obtention d'un permis. Aussi, comme il est affirmé dans ce document, il le fera en tant que médecin, et non en tant qu'ostéopathe. Nous ne voyons là aucune contradiction avec le champ d'exercice et l'encadrement des ostéopathes du Québec qui ne sont pas membres du CDM.

Comme énoncé plus haut, au constat évoqué au 2e paragraphe du chapitre 5.1 du document de consultation, il nous apparaît que la phrase devrait être modifiée ainsi :

« Bien qu'elle s'apparente à la pratique de certains professionnels comme les physiothérapeutes et les chiropraticiens, l'ostéopathie s'en distingue notamment par l'importance qu'elle accorde aux interrelations **et à l'interdépendance** entre les différents systèmes du corps humain, **soit les systèmes neuromusculosquelettique, viscéral et crânien.** »

Nous soumettons à l'Office des professions que c'est sous cet angle que devrait être prise en compte la pratique de l'ostéopathie dans le futur modèle québécois, puisque c'est ainsi qu'elle est d'ores et déjà pratiquée au Québec et qu'elle est, de plus, définie par l'OMS.

Pour revenir sur le sujet de la formation et des conditions d'admission dans les écoles, il est dit dans le document de consultation :

« Le contenu et la durée de la formation offerte dans les écoles privées d'ostéopathie, au Québec, varient sensiblement d'une école à l'autre, de même que les conditions à remplir pour y être admis. Dans ce contexte, on ne peut affirmer que l'ensemble des ostéopathes formés au Québec ont des compétences équivalentes qui les préparent à exercer l'ostéopathie de manière sécuritaire. »

Nous sommes conscients qu'il existe une certaine disparité entre les écoles quant aux conditions à remplir pour être admis et quant au nombre d'heures de formation dispensées. Cependant, laisser sous-entendre que l'ostéopathie n'est pas exercée de manière sécuritaire au Québec pour ces raisons nous apparaît erroné.

Nous prenons pour exemple une citation du document de l'OPQ qui nous semble plus réaliste : « **Enfin, sans conduire à une détérioration de l'état de santé d'un patient, un traitement ostéopathique pourrait s'avérer inefficace et engendrer un préjudice de nature financière pour ce patient.** » p.25

Nous comprenons les préoccupations de l'Office sur ce point. Mais dans la situation actuelle de l'ostéopathie telle qu'elle est pratiquée par les membres de Socato et par les membres d'autres associations sérieuses, nous nous sommes assurés que les ostéopathes respectent des normes d'éthique et de déontologie, dans le but de protéger le public et d'éviter de tels préjudices. En effet, nous avons instauré un Code de déontologie fortement inspiré de ceux des ordres professionnels et nous exigeons de nos membres qu'ils suivent 15 heures de formation sur ce sujet. En particulier, nous exigeons de nos membres qu'ils obtiennent de leurs clients, avant d'entreprendre tout traitement, un consentement libre et éclairé quant aux résultats espérés par les séances. Ils doivent également les renseigner clairement sur les coûts à prévoir pour l'ensemble des suivis et effectuer des mises à jour au besoin.

Ce qui, évidemment, ne diminue aucunement la nécessité d'encadrement par le système professionnel québécois.

Et comme l'a très tôt conclu l'OPQ, « **L'ostéopathe est régulièrement consulté en première ligne, ce qui nécessite un haut niveau d'autonomie de sa part. Au terme de son évaluation, il peut décider d'entreprendre un traitement ostéopathique ou déterminer que la condition de santé de son patient nécessite l'intervention d'un autre professionnel de la santé.** » p.21

En ce sens, il nous apparaît primordial que les ostéopathes puissent continuer d'être reconnus en tant qu'intervenants de première ligne. Pour ce faire, nous croyons que le futur encadrement de la profession devra s'assurer que les ostéopathes puissent demeurer des intervenants de première ligne, mais sur des bases uniformes. La protection du public est primordiale pour Socato.

Aussi, étant au fait de cette diversité dans la pratique ostéopathique au Québec depuis plusieurs années déjà, Socato exige que ses membres possèdent une formation s'alignant sur les *benchmarks* de l'OMS. D'ailleurs, parmi les 4200 heures de formation exigées, les membres de Socato doivent avoir suivi une formation spécifique en déontologie, en sémiologie et en RCR.

Toujours dans les constats de l'Office se trouvant en page 28, au 3e paragraphe du chapitre 5.1, il est dit: « La proposition de réserver aux ostéopathes l'exercice des techniques viscérales et crâniennes n'a pas été bien accueillie par les ordres professionnels consultés, qui soulignent notamment le manque de données probantes soutenant l'efficacité de cette pratique. »

Sur ce sujet, nous vous soumettons quelques réflexions. En premier lieu, lors d'une formation post-graduée en ostéopathie qui insistait sur la pratique basée sur les données probantes, offerte par Chantal Morin, ERG. PhD, ostéopathe, et Andrée Aubin, ostéopathe, les conférencières citaient ainsi un professeur de Harvard: « il y a 50% de ce qui est enseigné dans la faculté de médecine de Harvard qui n'est pas tout à fait vrai, pas complètement prouvé ou expliqué. ». Qu'en est-il des autres professions ? Nous pouvons avancer que la situation est similaire : tous les aspects de la pratique ne sont pas nécessairement basés sur des données probantes. En effet, les actes posés par les acupuncteurs, les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes, bien que n'étant pas tous soutenus par des données probantes, sont permis, puisqu'encadrés par le système professionnel. Ainsi, cette absence de données probantes ne signifie pas que le public n'est pas protégé. Nous soumettons à l'Office que la situation sera la même lorsque l'ostéopathie sera encadrée par un ordre professionnel. Malgré l'absence de données probantes sur certains aspects de notre pratique, le public sera adéquatement protégé.

Ainsi, bien que les techniques utilisées en ostéopathie ne soient pas toutes appuyées par des données probantes, nous comprenons mal la position des ordres qui ont manifesté leur désaccord quant à notre proposition de réserver aux ostéopathes l'exercice des techniques viscérales et crâniennes. D'autant plus qu'il existe plusieurs recherches disponibles sur le sujet. En voici quelques-unes, dont l'Office pourrait vouloir prendre connaissance.

1. Żurowska, A., Malak, R., Kołcz-Trzęsicka, A., Samborski, W., & Paprocka-Borowicz, M. (2017). *Compression of the Fourth Ventricle Using a Craniosacral Osteopathic Technique: A Systematic Review of the Clinical Evidence. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2017, 1–8.* doi:10.1155/2017/2974962
2. Mills, M. V., Henley, C. E., Barnes, L. L. B., Carreiro, J. E., & Degenhardt, B. F. (2003). *The Use of Osteopathic Manipulative Treatment as Adjuvant Therapy in Children With Recurrent Acute Otitis Media. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 157(9), 861.* doi:10.1001/archpedi.157.9.861
3. El Hachem, N., & Halimi, M. (2012). *Nouvelle technique passive d'ouverture de la trompe d'Eustache. Évaluation par tympanométrie de l'effet d'une nouvelle manipulation sur l'ouverture de la trompe d'Eustache chez les enfants de moins de six ans atteints d'une otite moyenne avec ou sans effusion. Kinésithérapie, La Revue, 12(132), 25–33.* doi:10.1016/j.kine.2012.09.007
4. Cuccia, A. M., Caradonna, C., Annunziata, V., & Caradonna, D. (2010). *Osteopathic manual therapy versus conventional conservative therapy in the treatment of temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 14(2), 179–184.* doi:10.1016/j.jbmt.2009.08.002
5. Manzotti, A., Cerritelli, F., Lombardi, E., La Rocca, S., Chiera, M., Galli, M., Lista, G. (2020). Effects of osteopathic treatment versus static touch on heart rate and oxygen saturation in premature babies: A randomized controlled trial, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, Volume 39, 2020, 101116, ISSN 1744-3881, <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101116>.
6. Matarán-Peñarrocha, G. A., Castro-Sánchez, A. M., García, G. C., Moreno-Lorenzo, C., Carreño, T. P., & Zafra, M. D. O. (2011). *Influence of Craniosacral Therapy on Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Fibromyalgia. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2011, 1–9.* doi:10.1093/ecam/nep125
7. Cerritelli, F., Ginevri, L., Messi, G., Caprari, E., Di Vincenzo, M., Renzetti, C., Provinciali, L. (2015). *Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial. Complementary Therapies in Medicine, 23(2), 149–156.* doi:10.1016/j.ctim.2015.01.011

Nous comprenons mal que les ordres professionnels consultés n'accueillent pas bien la proposition de réserver aux ostéopathes l'exercice des techniques viscérales et crâniennes. Est-ce parce qu'ils tentent d'inclure ces techniques ostéopathiques à même leur formation continue? Nous savons en effet que les physiothérapeutes ont accès à des formations sur les pratiques viscérales et que les chiropraticiens peuvent en suivre sur les manipulations crâniennes. Dans les deux cas, ces cours font partie du cursus de formation

continue qui leur est offert. Les professionnels peuvent ensuite intégrer ces activités à leur pratique, malgré que leur formation n'ait été que de quelques heures.

Nous ne demandons pas nécessairement de réserver la pratique crânienne et viscérale aux ostéopathes, puisque nous comprenons que ces activités peuvent ne pas répondre aux critères prévus au *Code des professions* pour la réserve d'activité. Par contre, nous insistons sur le fait que les professionnels qui utilisent ces techniques se doivent d'être très bien formés pour le faire car certaines compétences sont essentielles afin de garantir la sécurité du public et ce, en présence ou non de données probantes qui les supportent et avec le consentement libre et éclairé de la patientèle.

En conclusion, le portrait esquissé dans le document de consultation nous semble nécessiter quelques précisions. Et si l'Office souhaite s'inspirer du modèle du Royaume-Uni pour l'encadrement de la profession au Québec, comme nous croyons le comprendre, nous réitérons que ce modèle n'est pas conforme à la pratique actuelle au Québec. Nous voulons définir notre modèle québécois de l'ostéopathie sans chercher à copier un modèle existant à l'international, mais plutôt à développer une profession qui s'appuiera sur les bonnes pratiques déjà existantes, en les bonifiant par un encadrement uniforme.

Et si l'Office souhaite s'inspirer d'un modèle d'un autre pays, nous lui suggérons d'examiner celui de la Suisse.

Question 2 : Quels éléments essentiels pourraient selon vous enrichir ce portrait ?

Nous avons déjà soumis quelques pistes d'amélioration dans nos réponses à la question 1. Nous ajoutons qu'il nous apparaît important que le portrait esquissé dans le document de consultation élabore sur le concept de l'ostéopathe à l'international à travers ses aspects historiques, ses concepts et les modèles plus actuels afin de permettre de mieux saisir comment elle s'enseigne dans les écoles, comment elle se conçoit, se pratique et se positionne au Québec. Une telle vision sera également de nature à favoriser la communication entre professionnels de la santé, à bénéficier à l'intégration harmonieuse de l'ostéopathe dans notre système de soins et à optimiser les chances d'influencer positivement les personnes qui consultent des ostéopathes au Québec.

Tout d'abord, la réflexion qui se porte sur le concept ostéopathe évolue avec le temps. Les données actuelles permettent de faire avancer les connaissances dans notre champ d'exercice et les réflexions sur notre profession. La réalité du concept ostéopathe peut se justifier à l'intérieur du concept systémique. La réflexion posée sur l'interaction et l'interdépendance entre les différentes parties du corps s'explique et se vérifie très aisément. Aristote fait d'ailleurs déjà état, à son époque, que le tout est davantage que la somme de ses parties.

Aujourd'hui, le modèle biopsychosocial, un modèle basé sur la théorie des systèmes (Ludwig von Bertalanffy, *General System Theory* (1968)), prend beaucoup d'importance, et l'ostéopathe s'intègre dans ce modèle. Le concept ostéopathe, au même titre que l'approche systémique et le modèle BPS, comprend que l'humain est plus que la somme de ses parties. En conséquence, pour optimiser les chances d'avoir un effet bénéfique sur la personne qui consulte, l'ostéopathe doit pouvoir approcher son patient non seulement sur l'ensemble des facettes de sa complexité, à savoir les systèmes viscéral, crânien, neuromusculosquelettique, circulatoire, respiratoire et reproducteur, mais il doit aussi prendre en considération sa réalité sociale, psychologique, et spirituelle. Évidemment, l'ostéopathe ne peut prétendre à intervenir sur tous ces plans, cependant elle peut s'exprimer au travers un système interprofessionnel qui met en valeur ce concept de globalité. Pour plus d'informations sur ce sujet, voir :

- Bolton, D. (2020). The biopsychosocial model and the new medical humanism
- Zegarra-Parodi, R., Draper-Rodi, J. et Cerritelli, F. (2019). Refining the biopsychosocial model for musculoskeletal practice by introducing religion and spirituality dimensions into the clinical scenario. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 32, 44-48.
[www.journalofosteopathicmedicine.com/article/S1746-0689\(19\)30009-4/pdf](http://www.journalofosteopathicmedicine.com/article/S1746-0689(19)30009-4/pdf)
- www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie

Le concept ostéopathique, certes, a évolué au fil du temps. Cependant, les principes sur lesquels il repose ont été établis dès sa création, en 1874. Ces propositions sont toujours actuelles et s'expriment au travers de la réalité complexe du corps humain. En conséquence, il va de soi que ces propositions doivent être respectées dans notre modèle ostéopathique, car elles traduisent nos réalités professionnelle et identitaire au Québec.

Autant les définitions sont susceptibles d'être différentes selon les pays où l'ostéopathie est pratiquée, autant la définition de l'ostéopathie présentée par le groupe de travail en 2017 représente l'ostéopathie qui est pratiquée au Québec. Pas en Angleterre, pas en France, pas en Australie, au Québec. C'est d'ailleurs sur cette définition québécoise de l'ostéopathie que des médecins, des dentistes, des physiothérapeutes, des chiropraticiens québécois réfèrent leurs patients aux ostéopathes québécois.

Selon nous, il revient à l'Office de présenter le fruit de ses recherches à l'international et de proposer un portrait qui cadre mieux avec celui de l'ostéopathie au Québec. Ce cadre doit inclure la pratique viscérale, crânienne ainsi que les manipulations structurelles.

Sur ce point, nous invitons de nouveau l'Office à consulter le modèle de la Suisse, où l'ostéopathie, avec les champs d'exercice mentionnés plus haut, est considérée depuis 2016 comme une profession de la santé à part entière, encadrée par une loi et ce, trois ans après que le titre d'« ostéopathe » ait été protégé, ce qui était donc une réalité depuis 2013. La loi de 2016 impose des règles strictes aux ostéopathes, dont celle d'une formation initiale uniforme de 5 ans, ainsi que des mesures disciplinaires. Sur ce point, consulter :

<https://www.osteopathe-syndicat.fr/suisse-une-nouvelle-loi-reconnait-l-osteopathie-a-un-grade-master-et-comme-profession-de-sante#:~:text=Suisse%20%3A%20une%20nouvelle%20loi%20reconn%C3%A9t%20l'ost%C3%A9opathie%20comme%20profession%20de,grade%20master%20pour%20devenir%20ost%C3%A9opathe>

Question 3 : Quel champ d'exercice, parmi ceux qui ont été proposés (p. 24), vous semble le plus approprié et pourquoi?

Pour nous, il n'y a pas de réponse parfaite parmi les champs d'exercice proposés en page 24 du document de consultation. Ce qui ressemblerait le plus au champ d'exercice des ostéopathes serait la version proposée en 2017 par le Groupe de travail. Mais nous y ajouterions certains éléments que nous jugeons essentiels.

Nous suggérons donc que la formulation suivante soit retenue pour définir le champ d'exercice des ostéopathes :

« Évaluer les dysfonctions de mobilité et de motilité des structures, tissus, organes et liquides du corps humain, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions manuelles dans le but de corriger les dysfonctions et de favoriser la capacité du corps à s'autoréguler. »

Nous croyons important que le champ d'exercice de chaque profession fasse clairement comprendre la nature et la finalité de la pratique de cette profession. Il doit établir le contexte de cette pratique, ainsi que sa marque propre, qui la distingue des autres professions. Le champ d'exercice doit circonscrire aussi le contexte d'application et la portée des activités réservées aux membres de l'ordre professionnel. C'est pour toutes ces raisons que nous pensons qu'aucun libellé proposé dans le document de l'Office n'est complet et que nous y proposons les modifications ci-dessus.

L'essence même de l'ostéopathie étant de respecter la globalité du corps humain, il nous a semblé fondamental de préciser, dans la définition du champ d'exercice, ce que nous évaluons et traitons chez nos patients.

De plus, la notion de « déterminer un plan de traitement », qui était présente dans les premières versions et qui est malheureusement disparue du libellé 2018, nous paraît très importante, dans le sens qu'elle guidera les interventions manuelles de l'ostéopathe durant la consultation. La détermination d'un plan de traitement doit donc absolument, selon nous, être incluse dans la définition du champ d'exercice de l'ostéopathie.

Finalement, la composante de « favoriser la capacité du corps à s'autoréguler » qui se retrouve dans les libellés 2011 et 2017, est absente du libellé 2018, et pourtant elle est très représentative de l'ostéopathie. En effet, par son approche globale, l'ostéopathie se distingue des autres professions du domaine de la santé. Elle se base sur plusieurs concepts orientant le praticien dans sa vision et sa compréhension de l'intégralité du corps humain, dans son interprétation des résultats d'évaluation et dans l'élaboration du traitement. Ces concepts sont les suivants :

- L'être humain est une unité fonctionnelle dynamique, à l'intérieur de laquelle toutes les parties sont interreliées et peuvent s'influencer les unes les autres. Une perturbation des tissus ou de leurs fonctions aura donc des répercussions sur le corps entier.
- La structure et la fonction sont interreliées et interdépendantes à tous les niveaux du corps humain. Plusieurs modèles d'interrelations et d'interdépendance « structure-fonction » guident l'ostéopathe dans son approche d'évaluation et permettent l'interprétation de l'information clinique recueillie (modèles biomécanique, neurologique, respiratoire-circulatoire, hormonal).
- L'importance de la libre circulation des liquides sous-tend que la santé tissulaire dépend d'une irrigation abondante et d'un drainage continu.
- Le corps possède ses propres mécanismes d'autorégulation et tend naturellement vers la guérison et la santé, favorisant ainsi l'homéostasie. La notion d'autorégulation de l'organisme englobe d'une certaine façon les trois autres principes énumérés précédemment puisqu'elle est la résultante souhaitée après un traitement ostéopathique.

Pour toutes ces raisons, nous croyons que le libellé de 2017 est celui qui se rapproche le plus du champ d'exercice que nous revendiquons, mais nous l'accepterions avec les légères modifications suggérées ci-dessus.

Question 4 : Notamment, lesquels des aspects de ces champs d'exercice vous semblent particulièrement représentatifs de la pratique de l'ostéopathie?

Tous les aspects présentés à la question #3 sont tout aussi représentatifs les uns que les autres du champ d'exercice de la pratique de l'ostéopathie. Cependant, le côté essentiellement manuel, applicable tant au macromouvement qu'au micromouvement, est l'aspect qui distingue et définit le mieux la pratique de l'ostéopathie. En effet, c'est par sa palpation si particulière (toucher ostéopathique = évaluation des micromouvements) que l'ostéopathe réalisera son évaluation, envisagera son plan de traitement et mettra en place toutes les techniques manuelles appropriées pour corriger les dysfonctions et favoriser l'autorégulation du corps.

Ce qui distingue d'abord et avant tout l'ostéopathie, parmi les professions de la santé, c'est sa pratique « manuelle ». La main a en effet une importance fondamentale en ostéopathie puisqu'elle est l'outil principal d'évaluation et d'intervention du praticien. Le toucher ostéopathique est davantage qu'une simple palpation puisque, une fois qu'il en a fait l'apprentissage, l'ostéopathe est capable de ressentir des micromouvements qui, s'ils sont perturbés, peuvent gêner l'autorégulation du corps. Le toucher ostéopathique est un sens qui peut se développer, comme d'autres sens. Par exemple, les œnologues développent progressivement leur sens du goût et de l'odorat jusqu'à trouver des subtilités qu'une personne non entraînée ne saurait reconnaître. Un autre exemple intéressant est celui des spécialistes en parfum, les « nez », qui doivent développer leur sens de l'odorat jusqu'à pouvoir discerner des senteurs que le commun des mortels n'est pas capable d'identifier. C'est en ce sens que l'aspect manuel, appris et développé par les ostéopathes, est particulièrement représentatif et distinctif de la pratique de l'ostéopathie.

Outre la « mobilité », champ d'exercice commun aux autres professions, la « motilité » est un champ d'application spécifique à l'ostéopathie. Elle se définit comme un micromouvement qui reflète la vitalité de la structure faisant l'objet d'une évaluation ou d'un traitement. Elle peut être appréciée quantitativement par une palpation classique, et qualitativement par la palpation subtile d'ordre ostéopathique.

La finalité du champ d'exercice proposé, s'exprimant par « favoriser la capacité du corps à s'autoréguler », signifie que l'intervention de l'ostéopathe doit avoir, pour chacun de ses patients, comme objectif ultime de permettre le retour à une régulation autonome des processus physiologiques assurant l'homéostasie, ou le maintien des différents paramètres biologiques de l'organisme.

Finalement, concernant le plan de traitement, il est également essentiel pour les ostéopathes, comme ce l'est pour les autres professionnels de la santé, de préparer et de mettre en place un plan de traitement à la suite d'une évaluation. Le plan de traitement ne faisant pas partie de la définition du champ d'exercice proposé par le comité mixte en 2018, nous insistons sur le fait qu'il doit y être réintégré. En effet, nous sommes d'avis qu'un plan de traitement est une mesure essentielle visant non seulement à assurer la qualité du travail de l'ostéopathe, mais aussi à protéger le public. Avec un plan de traitement établi à la suite de l'évaluation, le patient peut choisir, en toute connaissance de cause, de s'engager ou non dans le traitement discuté avec le professionnel et d'en suivre les progrès.

Question 5 : Des éléments distinctifs de cette pratique sont-ils selon vous absents des champs proposés? Lesquels?

L'ajout des termes « organes » (qui inclut les organes des sens et ceux des systèmes nerveux, digestif, pulmonaire, hormonal, urinaire, génital, etc.) et « liquides » (lymphe, LCR, sang artériel et veineux) au champ d'exercice que nous avons proposé à la question 3 nous apparaît fondamental pour respecter la vision de l'ostéopathie, qui voit le corps dans sa globalité. Ne pas inclure ces éléments amputerait grandement la pratique de l'ostéopathie et la dénaturerait.

Sans vouloir empiéter sur le chapitre des activités réservées, en prenant en compte l'inclusion de toutes les parties du corps dans le champ d'exercice, notre pratique devrait inclure les manipulations articulaires vertébrales et périphériques, les techniques internes, le crânio-sacré (comprenant le système nerveux et les méninges), ainsi que les viscères et les liquides (les systèmes circulatoire, artériel, veineux, LCR et lymphe).

Question 6 : Plus particulièrement, en quoi l'usage de l'expression « dysfonction ostéopathique » au champ d'exercice (p.25) permet-il ou non de définir clairement la pratique de l'ostéopathie ?

Nous soumettons qu'il est très difficile de bien définir ce qu'est une dysfonction ostéopathique, puisque tous ne lui donnent pas la même interprétation. Nous avons consulté plusieurs sources pour élaborer notre réponse à cette question, dont le syndicat et le registre des ostéopathes de France. Nous souhaitons vérifier s'il était possible de fournir une définition claire et complète de l'expression, mais il nous est apparu évident qu'il n'existe pas de consensus sur ce qu'est une « dysfonction ostéopathique ». Ce manque de précision et la confusion qui en découle, tant pour les autres professionnels que pour le public, nous incitent à rejeter cette expression dans la définition du champ d'exercice de l'ostéopathie. Il nous apparaît en effet primordial que le champ d'exercice des ostéopathes soit clair et facilement compréhensible afin de faciliter l'encadrement de la pratique, tout en mettant l'accent sur les aspects distinctifs de l'ostéopathie. L'expression « dysfonction ostéopathique » ne devrait donc pas être utilisée dans le champ d'exercice. Comme mentionné ci-dessus, étant donné qu'il n'y a pas unanimité sur la définition de cette expression dans la communauté ostéopathique mondiale, elle est en constante évolution et nous pensons qu'elle pourrait éventuellement nuire à la pratique de l'ostéopathie et la limiter.

Parmi les définitions de l'expression « dysfonction ostéopathique » que nous retrouvons dans les écrits des instances légales des pays qui encadrent déjà l'ostéopathie, en voici une adaptée du Registre des ostéopathes de France:

« La dysfonction ostéopathique peut être définie comme étant une altération de la mobilité, de la motilité, de la viscoélasticité² ou de la texture des composantes du système somatique. Cette altération se manifeste par une perception altérée des paramètres d'une structure lors de sa mobilisation manuelle en macro ou en micromouvement, entraînant une modification de la capacité du mouvement possible du tissu. Lors de l'évaluation propre à l'ostéopathe, la spécificité de celle-ci permettra à ce dernier de mettre en place une correction manuelle adaptée à chaque cas. »

² Viscoélasticité: Capacité d'un matériau à revenir dans une position après une application à force prolongée (temps d'application suffisant pour que la réaction tissulaire se produise). Les tissus dynamiques (muscles, tendons, ligaments, fascias, organes) possèdent des structures viscoélastiques. La déformation instantanée est de nature élastique et la déformation différée est de nature viscoélastique.

En d'autres mots, la dysfonction ostéopathique serait une réaction mécanique et physiologique d'une structure du corps en réponse à une contrainte ou à une agression, présentant d'abord une restriction de mobilité et/ou de motilité et s'accompagnant ou non d'une sensibilité douloureuse. Cette dysfonction pourrait être due à un traumatisme, à des efforts répétés, à un trouble de la posture, une maladie, un stress psycho-émotionnel, une contrainte biochimique ou des à facteurs environnementaux (mauvaise alimentation, mauvaise hygiène de vie, pollution, etc.). Porter la réflexion sur la dysfonction ostéopathique sous-entend donc de s'interroger sur :

- les facteurs déclenchants des dysfonctions ostéopathiques ;
- la nature intrinsèque de la dysfonction qui permet d'expliquer la persistance d'un déséquilibre en rapport avec une circonstance contraignante passée ;
- la façon dont la dysfonction ostéopathique est perçue par le praticien, le patient et plus précisément par son organisme ;
- les voies permettant la mise en place des compensations par l'organisme pour retrouver l'équilibre dans sa globalité.

Parce que le terme « dysfonction ostéopathique » est incomplet lorsqu'utilisé sans contexte, nous ne croyons pas que ce soit une expression à inclure dans la définition du champ d'exercice des ostéopathes. Le champ d'exercice se doit en effet d'être clair et facilement compréhensible, tant pour le public que pour les professionnels de la santé, dans le but de faciliter la compréhension du fondement de l'ostéopathie et la collaboration interdisciplinaire, ou interprofessionnelle.

En résumé, sur cette question de l'utilisation de l'expression « dysfonction ostéopathique » dans le champ d'exercice des ostéopathes, les questionnements de l'Office nous paraissent tout à fait justifiés. Effectivement, l'utilisation de cette expression ferait en sorte que le champ d'exercice ne répondrait pas aux exigences établies dans le rapport Bernier, que l'Office cite en page 25 du document d'orientation. Cette expression n'est pas suffisamment précise et son utilisation serait de nature à nuire à la compréhension du public de la définition même de l'ostéopathie.

Question 7 : En quoi l'activité d'évaluation que pratiquent les ostéopathes se distingue-t-elle ou se rapproche-t-elle de celle qu'effectuent les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes (p. 26)?

Bien que nous ayons avec les physiothérapeutes et les ergothérapeutes une activité commune d'évaluation (tant subjective qu'objective), notre façon de faire n'est pas tout à fait la même (approche essentiellement manuelle) et notre finalité est distincte (une rééquilibration des systèmes les uns par rapport aux autres). Par contre, notre évaluation a un objectif commun avec celle des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. Comme le décrit la Loi 90 (*Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*), « la notion d'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement ». Cette définition de la notion d'évaluation s'applique parfaitement à celle qui est effectuée par les ostéopathes.

En ostéopathie, l'évaluation est souvent réalisée en situation de première ligne et elle est essentielle afin de déterminer si le motif de consultation correspond bien au champ d'exercice de l'ostéopathe, ou, par exemple, s'il y a nécessité d'une prise en charge médicale d'urgence. Les ostéopathes, tout comme les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, doivent ainsi avoir des compétences d'évaluateur de haut niveau afin d'assurer la sécurité du public. Également, tout comme ces deux autres professionnels, l'ostéopathe reçoit couramment des personnes ayant comme motif de consultation des symptômes associés à une dysfonction du système neuromusculosquelettique. Il doit donc posséder les compétences nécessaires pour évaluer adéquatement ces dysfonctions afin, en premier lieu, de déterminer si la problématique relève de l'ostéopathie et, en deuxième lieu, de déterminer un plan de traitement qui sera adapté à la condition de la personne qui consulte. Les méthodes pour évaluer les dysfonctions de ce système neuromusculosquelettique peuvent impliquer des outils de mesure standardisés, des tests spécifiques ou d'autres tests, qui se doivent de pouvoir être utilisés par les membres des trois professions.

L'évaluation ostéopathique cadre tout à fait avec la Loi 90, qui mentionne aussi que « *Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif* ». L'activité d'évaluation serait donc la même, mais sa finalité serait différente étant donné que le champ d'exercice est distinct. En effet, l'ostéopathe évalue, par ses mains, les dysfonctions de mobilité et de motilité des différentes structures du corps humain afin de comprendre la nature intrinsèque de la dysfonction, qui permet d'expliquer la persistance d'un déséquilibre empêchant l'autorégulation du corps.

Les physiothérapeutes et ergothérapeutes utilisent plus souvent des appareils de mesure dans leur évaluation tandis que l'ostéopathe est plus souvent dans l'appréciation de la

qualité de mouvement parce que son évaluation garde la notion de globalité du corps plutôt que de s'attarder à l'appréciation d'une mobilité segmentaire. Contrairement à l'ergothérapeute et au physiothérapeute, l'ostéopathe aborde tous les systèmes du corps humain et les met en lien les uns avec les autres. Son outil principal d'évaluation est la main, avec son toucher si particulier déjà mentionné plus haut.

Dans l'évaluation ostéopathique, le corps est perçu comme une unité fonctionnelle. Cela permet de voir la mobilité de façon globale, de vérifier une normalité attendue (par exemple, amplitude normale d'un côté du corps, comparée à l'autre côté). L'outil principal d'évaluation de l'ostéopathe étant la main, l'évaluation palpatoire donne une idée de la qualité des tissus (densité, tension, mobilité, etc.) et permet de déterminer les régions à aborder en fonction des liens avec le motif de consultation. L'ostéopathe possède et utilise une sensibilité proprioceptive, alors que les autres professionnels utilisent plutôt une sensibilité épicrotique.

En terminant sur ce point, rappelons que l'ostéopathie, dont la finalité est différente de celle des autres professions, cadre pleinement avec les principes établis dans la Loi 90.

« Rappelons que l'un des principes fondamentaux de la nouvelle loi repose sur la corrélation qui doit exister entre l'activité réservée au membre d'un ordre professionnel et la description de son champ d'exercice. En effet, même si certaines activités réservées sont partagées entre plusieurs professionnels, elles n'ont pas la même portée pour chacun d'eux puisqu'elles doivent s'inscrire dans les paramètres fixés par leur champ d'exercice ».

Question 8 : En quoi est-il ou non adéquat selon vous d'utiliser l'expression « dysfonction ostéopathique » pour décrire l'activité d'évaluation que réalisent les ostéopathes (p. 26)?

Nous n'encourageons pas l'utilisation de l'expression « dysfonction ostéopathique » pour décrire l'activité d'évaluation, car, comme mentionné à la question 6, cette expression manque de précision et peut causer de la confusion.

Nous sommes plutôt en accord avec le libellé d'activité d'évaluation proposé par le comité mixte en 2018 (*évaluer les dysfonctions de la mobilité et de la motilité des structures ou tissus de soutien du corps d'une personne présentant des signes ou symptômes physiques*). Toutefois, nous réitérons que ce libellé doit être bonifié en y ajoutant les éléments mentionnés à la question 3, à savoir les « organes » et les « liquides ». Le libellé que nous proposons pour l'activité d'évaluation est donc le suivant : « Évaluer les dysfonctions de la mobilité et de la motilité des structures, tissus, organes et liquides du corps d'une personne présentant des signes ou symptômes physiques. » C'est cette évaluation qui permettra à l'ostéopathe d'établir un plan de traitement et de réaliser les interventions manuelles dans le but de corriger les dysfonctions et de favoriser la capacité du corps à s'autoréguler. C'est cette évaluation qui est propre à l'ostéopathe et qui devra être reconnue comme telle dans la description de l'activité d'évaluation.

Nous réitérons également que les activités consistant à évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité physique devra être attribuée aux ostéopathes comme elle l'est aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes, puisqu'elle est nécessaire aux trois professions sous certains aspects, comme indiqué à la question 7.

Question 9 : Dans quelle mesure les ostéopathes québécois font-ils un usage fréquent des techniques viscérales et crâniennes dans le cadre de leur pratique?

Pour nous assurer d'obtenir une réponse la plus précise possible à cette question, nous avons interrogé nos membres sur ce sujet dans le sondage que nous leur avons fait parvenir et dont nous avons parlé dans le sommaire exécutif.

Les résultats de ce sondage démontrent que les membres de Socato utilisent couramment les techniques crâniennes et viscérales. Plus en détail, voici les données recueillies dans le sondage quant à l'utilisation de ces techniques :

Pour l'approche de traitement crânien

94% des répondants jugent important que les ostéopathes puissent y avoir recours.

Utilisation:

- En tout temps: 67,5%
- Quelquefois : 30,5%
- Rarement: 2%
- Pas du tout: 0%

Pour l'approche de traitement viscéral

98% des répondants jugent important que les ostéopathes puissent y avoir recours.

Utilisation:

- En tout temps: 46%
- Quelquefois : 52%
- Rarement: 2%
- Pas du tout: 0%

Pour l'approche de traitement avec manipulation articulaire vertébrale et périphérique.

100% des répondants jugent important que les ostéopathes puissent y avoir recours.

Utilisation:

- En tout temps: 52%
- Quelquefois : 29%
- Rarement: 12%
- Pas du tout: 7%

Ces données nous confirment que l'ostéopathie pratiquée au Québec considère ces approches comme faisant partie intégrante de la pratique. Nous savons par ailleurs que ce constat peut s'appliquer, sans doute avec certaines nuances quant au nombre, à l'ensemble des ostéopathes pratiquant au Québec.

Comme nous l'avons dit plus haut, les ostéopathes sont formés pour utiliser ces techniques. Et l'encadrement à venir devra leur permettre de poursuivre dans cette voie,

en s'assurant de la protection du public. Sans quoi, la pratique de l'ostéopathie serait dénaturée, puisque ne pouvant plus considérer le corps dans son entièreté.

Rappelons-nous que ce n'est pas la fréquence où les techniques sont utilisées qui importe, mais les effets bénéfiques qu'elles apportent aux patients.

Question 10 : Dans quelle mesure l'usage de ces techniques s'appuie-t-il sur des données probantes et des preuves scientifiques?

Nous avons déjà évoqué ce sujet dans notre réponse à la question 1. Rappelons, tout d'abord, que les médecins eux-mêmes ne travaillent pas toujours avec des méthodes appuyées par des données probantes. Dans le domaine de l'ostéopathie, une partie du problème du manque de données probantes vient du faible niveau de financement attribué à la recherche, ce qui a un impact direct sur le format des études présentement accessibles pour supporter les techniques utilisées. Les preuves scientifiques étant rarement de niveau 1, il existe tout de même un nombre élevé d'études comparatives, rétrospectives, ou de cas témoins. Nous vous référons ici aux recherches que nous avons citées en question 1, qui constituent un fond de recherche très sérieux dans le secteur des techniques viscérales et crâniennes. Actuellement, les études scientifiques se font davantage dans des pays comme l'Italie, où la pratique de l'ostéopathie ne se heurte pas aux autres corps médicaux en présence. Au Québec, nous aurons besoin de fonds pour effectuer des recherches avec données probantes. Comme dans ces pays où la recherche est plus importante, nous souhaitons qu'au Québec aussi, des collaborations entre les milieux médical et ostéopathique soient possibles pour faire avancer les connaissances et favoriser le bien-être de la population.

Il est très important d'ajouter qu'en 2021, l'ostéopathie s'intègre déjà, dans certains pays, à quelques services hospitaliers. En France, par exemple, à l'hôpital Robert- Debré, l'ostéopathe Roselyne Lalauze-Pol fait ses preuves depuis 2012 et produit des recherches scientifiques réalisées avec la clientèle pédiatrique. Pour plus d'informations sur ce sujet, consulter :

<http://seropp.org/wp-content/uploads/2017/03/Article-Douleur-ambulatoire-de-lenfant-Roselyne-Lalauze.pdf>

En pédiatrie, les motifs de consultation chez les ostéopathes sont majoritairement d'ordre digestif et crânio-facial. Bon nombre d'études chez les nouveau-nés démontrent qu'il n'y a pas d'effets indésirables liés aux traitements ostéopathiques. Finalement, nous réitérons que nous ne demandons pas nécessairement à réserver la pratique crânienne et viscérale pour les ostéopathes, puisque nous comprenons que ces activités peuvent ne pas répondre aux critères prévus au Code des professions pour la réserve d'activité. Par contre, nous insistons de nouveau sur le fait que les professionnels qui utilisent ces techniques soient très bien formés pour le faire, car certaines compétences sont essentielles afin de garantir la sécurité du public et ce, en présence ou non de données probantes qui les supportent et avec le consentement libre et éclairé de la patientèle.

Sur ce point de la nécessité ou non que la pratique de l'ostéopathie soit basée sur des données probantes, nous nous permettons de souligner que le rôle de l'Office et du gouvernement quant à la pratique de l'ostéopathie, comme c'est le cas pour d'autres disciplines telles l'acupuncture, la physiothérapie, l'ergothérapie, le travail social ou d'autres encore, est un rôle d'**encadrement** de la profession, par la création d'un ordre professionnel, et non un rôle de **reconnaissance** des activités liées à cette professions sur la base de données probantes.

Question 11 : Dans quelle mesure l'usage de ces techniques présente-t-il un risque élevé de préjudices ?

Les membres de Socato, ainsi que ceux d'autres associations sérieuses, sont formés pour bien comprendre le contexte clinique dans lequel ils travaillent avec leurs clients. Nous nous assurons que tous nos membres ont reçu, durant leur cursus, une formation complète couvrant toutes les notions physio-pathologiques pour chacun des systèmes (orthopédique, cardio-pulmonaire, urinaire, génital, endocrinien, etc.). Cette formation leur permet de reconnaître les situations où il est nécessaire de référer au médecin, afin de lui demander de faire un diagnostic d'exclusion. Et ils n'hésitent pas à le faire. Nos ostéopathes ont donc acquis toutes les compétences leur permettant d'être des praticiens de première ligne. Ils ont la capacité de juger si la problématique pour laquelle consulte leur client fait partie de leur champ de compétences ou s'ils doivent immédiatement référer au médecin traitant. Dans tous les cas, nos membres s'assurent de travailler en collaboration avec le corps médical. Ils comprennent leur rôle auprès de leur clientèle : accompagner le client dans sa problématique, dans une vision globale d'autorégulation du corps en étant conscient que la prise en charge doit³ en tout temps être déléguée au corps médical.

De plus, tous nos membres ont suivi une formation d'éthique et de déontologie. Ce type de formation est maintenant obligatoire pour faire partie de notre association. Pour s'assurer de la qualité de la formation suivie par nos membres, la majorité d'entre eux ont suivi le cours enseigné par Karyne Marin D.O., qui a fait partie du groupe de travail pour la création de l'Ordre professionnel des ostéopathes. Mme Marin avait reçu l'accord des juristes de l'OPQ lorsqu'elle nous a proposé le projet de formation de 15 heures. Nous avons travaillé à ce que tous nos membres acquièrent les compétences nécessaires à la réflexion et à la compréhension des normes d'éthique et de déontologie qu'un ostéopathe doit appliquer dans sa pratique de premier intervenant.

Nos membres sont donc formés pour comprendre ce qu'est le travail à l'intérieur d'un champ d'exercice et d'activités réservées. Ils comprennent qu'ils doivent en tout temps informer le client du rôle que peut jouer l'ostéopathe dans leur santé. Selon nous, cette compréhension est fondamentale pour que la pratique de l'ostéopathie soit sécuritaire.

³ Actuellement, la pratique de l'ostéopathie **nécessite** le recours au corps médical, puisque cette pratique n'est pas encadrée par le système professionnel et que l'ostéopathie n'est donc pas considérée comme une « profession » du secteur de la santé. Une fois que cet encadrement sera devenu une réalité, ce recours au corps médical continuera de s'effectuer, mais il ne sera plus systématique. Il s'effectuera dans les cas de nécessité, sur la base du jugement professionnel de l'ostéopathe.

Finalement, il est important de mentionner que les techniques viscérales et crâniennes :

- sont enseignées à nos membres dans le respect des tissus ;
- sont utilisées par nos membres en toute connaissance de cause sur la disponibilité ou non de données probantes qui les supportent ;
- sont proposées comme telles aux patients.

Question 12 : Le cas échéant, de quelle nature sont les risques de préjudice en cause ?

Par leur formation de physiopathologie, nos membres sont en mesure d'appliquer de façon sécuritaire les différentes techniques viscérales et crâniennes qui lui ont été enseignées. Cette formation leur permet également de reconnaître les situations où il est nécessaire de demander un diagnostic différentiel au médecin.

Nos membres ont été formés pour mener une anamnèse précise et complète. Ajoutée aux informations répertoriées par le diagnostic effectué par le corps médical ainsi que les résultats d'examens complémentaires du client (radiographie, échographie, scan, IRM, etc.), lorsque ces éléments sont disponibles, les techniques viscérales et crâniennes deviennent alors un élément primordial dans l'amélioration de la condition du client. Si de tels examens complémentaires n'ont pas été effectués ou que les résultats n'en sont pas disponibles, il est du devoir de l'ostéopathe de s'assurer de référer au médecin pour les obtenir.

C'est par ces techniques précises, qui font partie de l'approche globale de l'ostéopathie, qui prend en compte tous les systèmes du corps humain, qu'il nous sera possible de bien cibler les dysfonctions de mobilité en cause dans la problématique du client, et de déterminer pour lui un plan de traitement ostéopathique adéquat.

Question 13 : Quel modèle d'encadrement, parmi ceux évoqués dans le présent document (p. 22), vous semble particulièrement adapté à la situation québécoise et pourquoi ?

Nous croyons fermement au projet d'encadrement de l'ostéopathie et nous recommandons au gouvernement la création d'un ordre professionnel distinct pour les ostéopathes. Selon les réponses présentées dans ce document, il est clair que l'ostéopathie a tout pour être considérée comme une profession de la santé à part entière, disposant d'un champ d'exercice propre et de ses activités réservées. L'ostéopathie n'est pas une approche ou une méthode de traitement pouvant être utilisée par d'autres professionnels dans leur champ d'exercice respectif. La pratique de l'ostéopathie nécessite des compétences particulières. Le mode de réflexion de l'ostéopathe, le cheminement de ses soins et sa façon de procéder se distinguent de ceux des autres professionnels de la santé œuvrant dans des domaines connexes. Ces autres professionnels ne sont pas formés et n'ont pas l'expérience pour comprendre et maîtriser les « savoir-faire », « savoir-être » et « savoir-penser » propres à l'ostéopathe. Il nous apparaît donc essentiel que les ostéopathes soient en mesure de gérer leur profession et leurs responsabilités face au public au sein d'un ordre professionnel distinct. D'ailleurs, comme l'Office l'a lui-même recensé, avec plus de 1 500 personnes qui pratiquent aujourd'hui l'ostéopathie au Québec, la future profession sera en mesure d'être autonome au plan financier et en mesure d'assurer la protection du public.

L'Office exige que chaque ordre professionnel soit en mesure de respecter ses rôles et responsabilités de façon autonome. Ces principales responsabilités sont de contrôler la compétence et l'intégrité des membres, de surveiller l'exercice de la profession, de réglementer l'exercice, de favoriser le développement des compétences et de gérer le processus disciplinaire. Depuis plusieurs dizaines d'années, les ostéopathes qui pratiquent au Québec se sont déjà imposés des structures semblables et ce, de façon autonome, par l'entremise des différentes écoles et associations. Mais il y a aujourd'hui nécessité d'uniformiser la pratique et d'en assurer la qualité par la création d'une seule organisation de contrôle, et ce, dans le but de mieux protéger le public.

Au Québec, aucun établissement d'enseignement en ostéopathie n'est reconnu par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES). Malgré cette situation, diverses écoles privées offrent des formations qui respectent le plus haut standard mondial, soit celui de l'OMS. Ces écoles offrent des formations communes à un certain nombre de professionnels de la santé, notamment celles qui sont liées aux sciences fondamentales (anatomie, physiologie, pathologie, biomécanique, pharmacologie, radiologie, etc.) et aux sciences cliniques (psychologie, éthique et déontologie, promotion de la santé, gestion d'un cabinet).

De plus, certaines associations ont déjà des structures en place pour contrôler l'intégrité et la conduite de leurs membres, par exemple un code de déontologie et des comités qui prennent en charge la gestion des plaintes du public. Présentement, les associations n'effectuent pas d'inspections professionnelles. Cependant, pour favoriser le développement des compétences, ces dernières obligent leurs membres à suivre annuellement des heures de formation afin de garantir le maintien et le développement de ces compétences. De plus, la plupart des associations sérieuses possèdent des comités de discipline afin de recevoir et de traiter les plaintes du public. Ces comités amorcent le processus disciplinaire par une enquête. Lorsqu'il est démontré qu'un membre contrevient au code de déontologie ou aux règlements de l'association, il peut être exclu de l'association. Malheureusement, les associations n'ont pas le pouvoir conféré à un ordre professionnel et, par conséquent, elles ne sont pas en mesure d'assurer la protection du public sur tous les fronts comme il se devrait. C'est une autre des raisons pour lesquelles nous croyons à la nécessité de l'encadrement par le système professionnel. Et sur les bases de la spécificité de l'approche ostéopathique, d'une certaine expertise d'encadrement acquise au sein d'associations sérieuses, du nombre d'ostéopathes actuellement en pratique et de leur capacité de disposer de ressources financières suffisantes, nous demandons à l'Office et au gouvernement de créer un ordre professionnel distinct pour notre future profession. Nous sommes convaincus que nous serons à la hauteur de la tâche et que le public s'en trouvera adéquatement protégé.

Question 14 : Quels autres éléments devraient selon vous être considérés dans le cadre de la présente consultation ?

Au sujet des activités réservées, au moins un autre point mérite une attention toute particulière.

Le libellé qui est retenu et proposé par l'Office concernant les manipulations ostéopathiques, que l'on trouve en page 27 du document de consultation nous apparaît incomplet. Il est également inexact, sur la question de « garantir un exercice sécuritaire » de ces manipulations ostéopathiques.

« procéder à des manipulations articulaires et vertébrales, incluant l'articulation sacro-coccygienne par l'introduction d'un doigt au-delà de la marge de l'anus, lorsqu'une attestation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions. »

Les manipulations internes qu'effectuent les ostéopathes ne se limitent pas à des manipulations sacro-coccygiennes. Des manipulations internes sont aussi effectuées par la voie anale dans le but d'évaluer et de corriger des dysfonctions de mobilité des tissus, des organes et des liquides. La voie vaginale est aussi utilisée, dans le même but. Il est également important de noter que la finalité de ces manipulations est différente de celles effectuées en physiothérapie dans le contexte de rééducation périnéale chez la femme et chez l'homme. Pour les ostéopathes, l'utilisation des techniques par voie interne est dans la continuité de la vision globale ostéopathique. Ces techniques ont une importance primordiale dans certains cas et chez certains patients, pour que les ostéopathes puissent pouvoir avoir un portrait global et spécifique d'une problématique. Dans nos cabinets, nous remarquons que l'inclusion des techniques par voie interne procure un bénéfice supplémentaire. Bien qu'il n'y ait pas de données probantes qui viennent appuyer cette affirmation, les bienfaits sont rapportés par les patients et nous pouvons également les objectiver en tant que cliniciens.

Dans un autre ordre d'idée, nous vous soumettons que les conditions de délivrance de permis et les clauses transitoires présentées en annexe du document de consultation avaient fait l'objet de commentaires de notre part lors de consultations précédentes effectuées auprès de la communauté ostéopathique et de certains ordres professionnels en santé. Nous avons alors présenté différents arguments que nous jugeons importants, et avons également soulevé plusieurs questions supplémentaires. Le document actuel ne fait aucune mention de ces commentaires et questionnements et nous ne savons donc pas s'ils ont été considérés par l'Office, ce que nous jugeons regrettable. Nous ne réitérerons pas ici ce que nous avons soulevé à l'époque, mais nous assurons l'Office de notre collaboration s'il était souhaité que nous les lui soumettions de nouveau.