

## ● Editorial



Ce numéro des *Echos de l'AFBO* est essentiellement consacré au XXI<sup>e</sup> congrès de l'Association Franco-Britannique d'Ostéopathie qui s'est déroulé au mois de septembre 2019 à Platja d'Aro, sur la Costa Brava espagnole.

Vous y trouverez, outre le mot de notre Président, les résumés des communications scientifiques et des travaux pratiques qui y ont eu lieu dans un cadre idyllique, ainsi qu'un choix de photographies (hautes en couleurs...) prises à cette occasion.

Un compte-rendu de notre participation au congrès de nos amis britanniques de l'*iO* (*Institute of Osteopathy*), où de nombreuses idées-reçues concernant la situation actuelle et l'avenir de l'ostéopathie au Royaume-Uni ont été battues en brèche, permettra par ailleurs à chacun de constater que l'herbe n'est pas toujours plus verte dans le champ du voisin.

Nous vous invitons à noter dès à présent les dates de notre prochain congrès qui se tiendra à nouveau sur la Costa Brava espagnole (on ne change pas une équipe qui gagne), du 11 au 13 septembre 2020. De plus amples renseignements concernant l'hôtel retenu, les intervenants, les communications et les modalités pratiques vous parviendront très prochainement.

Bonne lecture, et à bientôt pour de nouvelles aventures ostéopathiques ! *B.Jurth*

---

*Photo de famille : XXI<sup>e</sup> Congrès de l'AFBO  
Septembre 2019, Platja d'Aro (Espagne)*



## • Le mot du Président



Chers amis,

Notre association a franchi allègrement ses vingt et un ans d'existence. Cette exceptionnelle longévité est due à l'ensemble du bureau de l'association mais surtout à la fidélité de ses membres réunis par une histoire commune avec un dénominateur fédérateur : l'ostéopathie.

Fidèles à notre conception de départ nos membres ont toujours à cœur de se réunir une fois l'an pour échanger, discuter, s'enrichir mutuellement des expériences et des points de vue de chacun, tout cela dans un esprit de simplicité et de convivialité qui est l'ADN même de notre association.

Mais comme tout groupe humain nous avons besoin d'un renouvellement générationnel pour poursuivre l'action et l'esprit de l'association.

C'est pourquoi je vous invite à nous rejoindre au plus tôt pour profiter de l'expérience des anciens, et pour leur faire profiter de votre enthousiasme.

J'espère vous revoir tous avec plaisir lors de notre prochain congrès annuel.

*Jean-Pierre Hortoland  
(Président - à vie - de l'AFBO)*

---

## Le bureau l'AFBO

Président : Jean-Pierre Hortoland  
Secrétaire général : Bernard Jurth - Adjoint : Franck Girard  
Trésorier : Daniel Milhau - Adjoint : Laurent Legendre

Siège : AFBO - Le Campus du Soleil - CD 15, Route de Boujan - 34500 - Béziers  
Téléphone : 04.67.30.75.57

Rédacteur du bulletin *Les Echos de l'AFBO* : Bernard Jurth  
E-mail pour tout contact : afbo.osteo@gmail.com

---

## • Du côté des conférenciers

### (Résumés des communications scientifiques du XXI<sup>e</sup> Congrès de l'AFBO)

De l'avis de l'ensemble des participants, les différentes interventions scientifiques étaient d'excellente qualité et les ateliers pratiques ont été fort appréciés.

Chaque congressiste a par ailleurs pu se faire soigner par ses pairs, et/ou assister à de vraies consultations ostéopathiques effectuées notamment par les professeurs de l'ISOGM. Cette formule, expérimentée lors du précédent congrès et reconduite à la demande générale, a généré beaucoup d'échanges profitables.

Rappelons que la présence à ces ateliers a donné lieu à la délivrance d'un certificat dans le cadre de la formation continue des ostéopathes.

Vous trouverez, ci-après, les résumés des différentes communications scientifiques, consacrées en grande partie au rachis cervical et axées sur l'aspect pratique, directement exploitable en cabinet.

- *C1 fait son cinéma et se manipule en deux versions originales* - Franck Girard.
- *Les céphalées d'origine mécanique, techniques spécifiques* - Laurent Legendre.
- *Le traitement de D1 appliqué au monde marin* - Daniel Bodinier.
- *Le corps d'un étudiant en situation d'examen ne ment pas !* - Bernard Jurth.

---

*La très belle salle de conférence de l'hôtel Costa Brava  
(sur un promontoire rocheux face à la Méditerranée)*



## ● C1 fait son cinéma et se manipule en deux versions originales

Franck Girard, ostéopathe, enseignant à l'ISOGM



### La clinique

- Signaux d'alerte en présence de cervicalgies.
- Causes non musculo-squelettiques de cervicalgie.
- Anamnèse d'un patient atteint de cervicalgie.
- La douleur.

La douleur frontale provient de la dysfonction des facettes C0-C1, C1-C2 et C2-C3.

- Frederick Kerr a décrit entre 1960 et 1980 l'aire de convergence de toutes les terminaisons afférentes extéroceptives de la tête et des racines cervicales supérieures. Le faisceau dorsal du nerf trijumeau vient se fondre dans la substance grise dorsale, autour du C2 et de la partie supérieure de C3.

- Les terminaisons afférentes primaires de C1, C2 et C3, ainsi que la partie inférieure du faisceau spinal du nerf trijumeau, le cinquième nerf crânien, se chevauchent par endroits. La zone de chevauchement la plus importante des terminaisons du trijumeau et des racines cervicales comprend surtout les fibres de la division ophtalmique du cinquième nerf crânien.

- La base anatomique à l'irradiation de la douleur qui tire son origine des facettes articulaires de la région supérieure de la colonne cervicale (C0-C1, C1-C2, C2-C3) et se projette vers la région orbitaire de la tête.

- Michael Moskowitz propose une définition du cerveau en tant qu'organe viscéral (1991), la migraine est le résultat d'un dysfonctionnement neuronal déclenché par des substances hormonales naturelles, présentes dans le sang. Une de ces substances est la sérotonine (5-hydroxytryptamine ou 5-HT), qui semble affecter à la fois la paroi des vaisseaux et les terminaisons nerveuses qui s'y trouvent.

- Il décrit le rôle prépondérant du système trigéminovasculaire dans la transmission de la douleur au niveau de la tête et les rôles, nombreux et complexes, joués par les différents neurotransmetteurs, autres que la sérotonine, qui interviennent dans ce processus.

### Embryologie de C1

- C1 et C2 sont deux vertèbres à développement unique.
- C1 est formée par trois noyaux primaires d'ossification.

## La cinématique

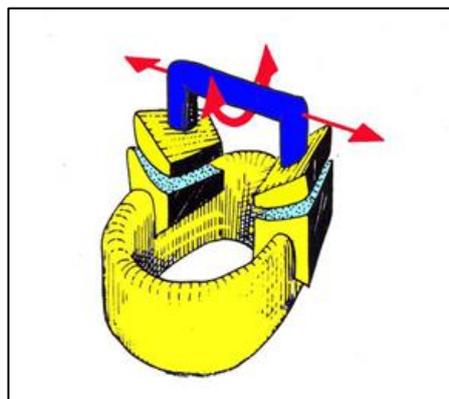
- La flexion/extension est de 40° dans le rachis cervical supérieur surtout entre C0 et C1 (très peu entre C1 et C2, très faible déformabilité du ligament cruciforme transverse).
- L'inclinaison latérale prend une faible part entre C0 et C1.
- La rotation s'effectue pour 50 % entre C1 et C2 autour de 38° (elle est inférieure à 15° pour les autres étages).
- Un mouvement pur dans un seul plan n'existe pas, puisqu'il va associer automatiquement des mouvements dans les deux autres plans.
- Pour le rachis cervical supérieur, la rotation axiale va s'accompagner simultanément d'une latéroflexion du côté controlatéral à la rotation. Cette association de mouvements est identique lorsque le sujet exécute une latéroflexion. Cette dernière induit automatiquement une rotation controlatérale à la latéroflexion.

## Mécanique ostéo-articulaire de la charnière craniale

C'est une mécanique atypique par rapport aux autres jonctions vertébrales.

- Pas de disque donc peu fatigable à la répétition des mouvements.
- Interlignes articulaires composites.
- Ensemble présentant un cardan pour l'orientation de la tête dans tous les sens.
- Le passage du bulbe nécessite une structure qui dégage le foramen magnum du rachis cervical supérieur, ce que permet l'atlas intercalé en ménisque osseux entre le crâne et l'axis.
- L'inclinaison de l'odontoïde facilite également ce passage.

## Modèle mécanique de l'articulation entre occiput et atlas



## Les deux versions originales de manipulation

- C1 se manipule version 1 : manœuvre structurelle



La postériorité de C1 est du côté de la main supérieure, le mouvement du praticien est un mouvement de translation/rotation de faible amplitude et à grande vitesse induit par C0.

- C1 se manipule version 2 : manœuvre isométrique de « Franck »



La postériorité de C1 est du côté de la main inférieure, le praticien demande une inclinaison latérale contre résistance légère sans permettre le mouvement, répéter trois fois.

## Conclusion

- Les cervicalgies, les maux de têtes, les migraines, les céphalées qui ont une origine biomécanique, bien repérées lors de l'anamnèse, répondront de façon spectaculaire au traitement ostéopathique du rachis cervical et en particulier du rachis cervical supérieur.
- Ces deux versions originales de manipulation constituent une manière élégante, efficiente et efficace de normaliser les dysfonctions de C1.

## ● Les céphalées d'origine mécanique, techniques spécifiques

Laurent Legendre, ostéopathe, enseignant à l'ISOGM



● Après quelques propos liminaires sur les fondamentaux de l'ostéopathie et l'importance d'un système « nerveux-sanguin » sain qui assure le mouvement stillien, il s'agit de rappeler les forces en présence :

- dans la région cervicale haute, avec le passage dans le triangle de Tillaux des différents vaisseaux, nerfs, réseaux lymphatiques.
- dans le crâne, par les foramens que l'on rappelle: TDP, suture occipito-mastoïdienne, foramen carotidien...

Elles expliquent les pathologies modernes, liées aux nouvelles technologies et aux écrans, telles que maux de tête, névralgies d'Arnold et autres migraines (regroupées sous le terme générique de céphalées) et que l'on rencontre de plus en plus dans nos cabinets, en particulier chez une population très jeune, quand des positions répétées et prolongées bloquent ce système nerveux-sanguin.

● Deux positions, en particulier, suscitent notre intérêt :

- celle, tête penchée en bas, adoptée pour consulter les « textos » de nos portables et ce fameux « text-neck »...
- celle, globe céphalique projeté vers l'avant, pour lire sur les ordinateurs portables, notamment. Ce que la littérature décrit comme le syndrome du « cou de vautour ».

Les deux positions étant à l'origine de problèmes de vascularisation et de mouvements des différents fluides, de par les « lésions » musculo-squelettiques qui en résultent. On observe dans le premier cas des contractures d'allongement des muscles para-vertébraux, dans le deuxième cas des contractures de raccourcissement de ces mêmes muscles, avec dans les deux cas les prodromes liés à une compression des paquets vasculo-nerveux, à l'origine ces fameuses céphalées.

● Après un bref rappel de la biomécanique, via les principes de Kapandji sur les condylarthroses, nous voyons très bien que la glène qui roule et translate en arrière de façon physiologique (sur un genou, par exemple) devient de nature lésionnelle quand, après avoir roulé elle est translaturée de façon prolongée vers l'avant. Les écrans consultés longuement reviennent à comprimer les vaisseaux en question, ainsi que les membranes dure-mériennes, avec les conséquences que l'on sait.

- Il s'agit de trouver dès lors, une technique qui permet, après dérotation dans un plan sagittal entre glènes et condyles du Foramen Magnum, d'effectuer une translation postérieure à type de désengagement de l'occiput (vers la table pour un sujet en DD).

Notre trousse à outils dispose de bien des techniques pour réduire et soulager, voire éliminer les méfaits de ces positions lésionnelles, mais nous nous intéressons à une normalisation qui permet la libre circulation des fluides sanguins et influx nerveux en général, mais surtout qui s'adresse à l'élément dure-mérien, aux Membranes de Tension Réciproque, en particulier.

Je veux parler de la « Pan-Dura Technique », mise en évidence par Viola Frymann et qu'il s'agit modestement de rappeler à l'auditoire.

De par la projection externe sur l'occiput du Fulcrum de Sutherland, cette technique permet d'investiguer, de façon très efficace, les MTR tout en réharmonisant les différentes circulations : veineuses (jugulaire par libération du forame du même nom), artérielles (carotidiennes par « ouverture » du trou carotidien), lymphatiques (orifices méningés moyens), des nerfs. Pour ceux-ci, nous nous attardons sur le pneumogastrique et son passage dans le TDP, avec sa fonction accélératrice systémique, para-sympathique et/ou modératrice orthosympathique (souvenez-vous para-accélérateur et ortho-lent !!!!!)...

Ainsi, grâce à cette "Pan-Dura", l'effet mécanique ré-équilibreur (rétablissant l'homéostasie), prolonge l'effet fluïdique (à visée métabolique), notamment du fait qu'elle s'adresse presque électivement à l'occiput et ce, de façon puissante.

Il convient peut-être de rappeler brièvement les modalités de pratique de cette technique :

Patient allongé sur le dos :

- la main caudale du praticien empaume le cartilage du crâne au niveau des lignes courbes occipitales (siège d'insertion de nos trapèzes hyper-tendus), au plus près du basi-occiput,

- la main crâniale en contact avec la partie membraneuse de l'occiput au-dessus de la protubérance occipitale externe (inion), pouce et auriculaire en contact avec les pariétaux, l'avant-bras céphalique en regard des frontaux.

Il s'agira de tracter vers la table la partie cartilagineuse de l'occiput, tout en effectuant une tension séparative de l'écaïlle en direction du vertex. On suivra les mouvements des MTR jusqu'à leur équilibration progressive, en s'adaptant au rythme crânien. On peut optimiser, dans un but circulatoire, en accentuant la séparation des deux mains et en adjoignant une poussée rythmée sur le crâne, via les frontaux et ce, à type de pompage.

Cette technique réservée aux adultes et aux grands enfants, rétablira le MRP, luttera contre les stases veineuses à l'origine des céphalées en traitant à terme les migraines et leurs conséquences psychiques.

La pratique qui s'ensuit devrait éclaircir quelques points chez les nombreux praticiens, avant de passer à la suite d'un programme copieux !!!

*« Pan-dura technique » (d'après Viola Frymann)*



## ● Le traitement de D1 appliqué au monde marin

Daniel Bodinier, ostéopathe, enseignant à l'ISOGM



Cet exposé résulte d'une réflexion sur l'adaptation de notre savoir ostéopathique à un contexte exceptionnel, suite à une expérience personnelle lors d'une traversée de l'Atlantique sur un voilier.

### ● Le contexte :

Le skipper s'est fait très mal, la douleur est aiguë. Nous ne sommes que trois à bord. C'est une lésion de D1 en ELR droit qu'il faut traiter en urgence. Le bateau navigue dans une houle de deux mètres et reçoit un vent de 30 km/h sur les 3/4 arrières bâbord (gauche).

La clef de l'adaptation, c'est l'observation pour définir de nouveaux paramètres influents sur la sécurité du patient et l'efficacité de la manipulation.

### ● L'instabilité du support :

Parmi les cinq mouvements qui animent le bateau, nous n'en retiendrons que trois comme potentiellement influents :

- Le roulis est un mouvement autour d'un axe longitudinal.
- Le tangage se fait autour d'un axe transversal.
- La gîte, le point le plus bas, est l'inclinaison du bateau à l'opposé de la direction d'où vient le vent. Dans le cas présent c'est à tribord (droite).

### ● Le comportement du bateau dans la houle :

Au creux de la houle, la vitesse du bateau augmente. Animé par la poussée d'Archimède et sa propre vitesse (12km/h), le voilier de 14 mètres heurte, au début de la crête suivante, une masse d'eau d'une surface de 56 m<sup>2</sup>. La force créée est de 89 tonnes d'après les travaux de Thomas Stevenson.

Les deux forces s'ajoutent, créant un choc frontal matérialisé par une montée puis une descente rapide du bateau. Je l'ai appelé « l'effet trou d'air », du même ressenti que dans un avion. Je vais l'utiliser pour les deux temps de la manipulation : réduction du slack et trust.

### ● Les différentes techniques ostéopathiques pour traiter D1 :

Parmi les quatre techniques ostéoarticulaires (Sutherland, HVLA) le choix se porte sur la technique structurelle en procubitus par la transverse.

La posture du patient est stable. La mise en tension progressive et le mode respiratoire sont adaptables à une attente du moment opportun de « l'effet trou d'air » pour normaliser D1.

- Rappels anatomiques :

Dans la région de D1, vertèbre de transition, l'accent est mis sur :

- Les éléments neurologiques : l'axe vertébral avec la moelle épinière, le disque intervertébral et son système ligamentaire, la présence du plexus brachial inférieur C8-D1.
- Les éléments vasculaires : la carotide, les veines jugulaires antérieure, interne, externe ne sont pas protégées par le squelette. Il subsiste le risque de dissection.
- Les complications d'arthrose : la présence d'ostéophytes dans le trou de conjugaison, le skipper a 60 ans.

- L'installation du patient :

A la contre-gîte, au point le plus haut sur le banc de bâbord (gauche), dehors dans le cockpit pour bénéficier de l'action de la pesanteur et majorer les paramètres correcteurs de latéralité gauche et de flexion du rachis dorsal haut.

Le praticien, en fente latérale droite, bloque le bassin avec le MIG et le thorax en calant sa cuisse droite dans le creux axillaire droit.

- La normalisation :

La rotation cervicale est très légèrement à droite pour protéger les éléments vasculaires. La mise en tension est exagérée, la respiration est libre, bouche ouverte.

J'attends le moment opportun pour laisser aller mes mains dans le creux de la houle (réduction du slack), guettant « l'effet trou d'air » pour normaliser D1. Je n'ai pas donné d'impulsion pour réaliser le trust. J'ai utilisé la force produite dans l'effet trou d'air.

L'état de la mer et l'allure du bateau donnent les limites à cette normalisation. Plus de houle et un vent reçu sur l'avant du bateau n'auraient pas permis de réaliser une manipulation efficace en toute sécurité.

Parmi les paramètres d'instabilité, la gîte a été utilisée en installant le patient à son opposé, la contre-gîte, pour bénéficier de l'action de la pesanteur et réaliser la mise en tension dans les paramètres de correction en flexion exagérée et latéralité gauche exagérée.

La rotation cervicale n'est pas conforme à l'encyclopédie de JP Hortoland pour les raisons évoquées plus haut.

## • Conclusion

Notre skipper a bien été libéré de sa douleur au bout de 48 h. La démonstration est faite qu'il est possible d'adapter des techniques ostéopathiques à d'autres contextes. La clef de l'adaptation est l'observation pour réaliser une normalisation efficace dans les normes de sécurité.

La perspective est de voir les ostéopathes sortir de leur cabinet pour apporter une réponse sur le terrain, à un problème handicapant, aigu, dans des domaines

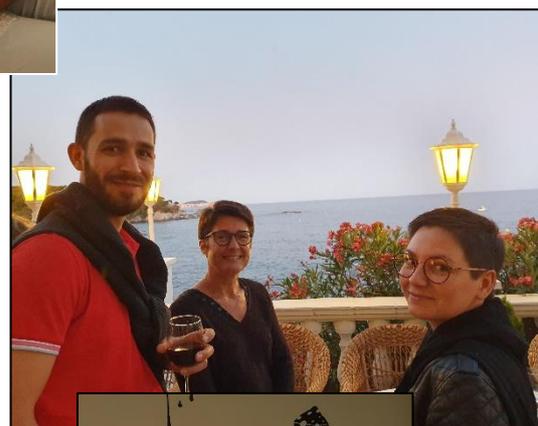
*L'ostéopathe marin, la mouette, la houle...*



# Les échos de l'AFBO

Janvier 2020

Bulletin de liaison de l'Association Franco-Britannique d'Ostéopathie (à parution aléatoire)  
Contact : afbo.osteo@gmail.com



*Souvenirs, souvenirs....*



*Sur la plage abandonnée*



*Un jeune public attentif*



*Rien ne vaut la pratique !*

*Dans les rue de Platja*



*Sous le soleil*

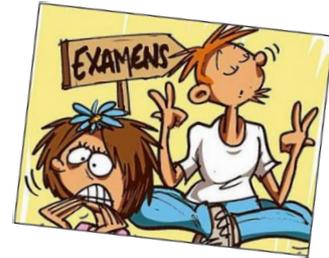


*Une « fashion victim »*



## ● Le corps d'un étudiant en situation d'examen ne ment pas !

Bernard Jurth, ostéopathe, enseignant à l'ISOGM



« Vous allez être appelés par ordre alphabétique. Lorsque vous entrerez dans la salle vous déposerez vos sacs, vos téléphones portables et vos montres dans les casiers prévus à cet effet. Les bouteilles d'eau sont autorisées, mais la nourriture est interdite. »

L'intonation et le regard glaçants de l'examineur étouffèrent dans l'œuf toute velléité de contestation chez les candidats. La rébellion n'est pas de mise lorsqu'on se présente aux épreuves écrites d'un examen de quatre heures qui sanctionne cinq années d'études et d'efforts soutenus. Les plus téméraires essayèrent certes de négocier l'introduction, qui d'une banane ou d'une pomme, qui d'une boîte de gâteaux ou de fruits secs dans l'amphithéâtre, un non péremptoire et définitif refusa toutes les tentatives.

Le ton était donné. L'art de la fraude étant sans limites chez certains étudiants, ces précautions élémentaires s'avéraient indispensables à l'équité entre les impétrants. Les téléphones, montres et autres objets connectés à l'omniprésente « intelligence artificielle », s'ils peuvent tantôt faire croire à leurs propriétaires qu'ils possèdent la science infuse, n'ont pas leur place dans un exercice où seul le cerveau humain est invité à se manifester. Mais face à leurs propres neurones, d'aucuns sont forcément plus à l'aise que d'autres.

Le corps, et à plus forte raison le corps d'un étudiant en situation d'examen, ne ment pas. Il parle un langage d'une richesse inouïe que la raison ignore. A mesure que l'épreuve avançait, dans le silence marmoréen de l'amphithéâtre troublé par d'épisodiques raclements de gorges, accès de toux contenus et soupirs, le langage corporel des uns et des autres se fit de plus en plus explicite.

Les joues écarlates, les fronts luisants de sébum, les mains sur les tempes ou soutenant les mentons, les moues dubitatives, agacées, concentrées, confiantes, les yeux plissés ou exorbités, les dos voûtés, les épaules enroulées, les poitrines conquérantes, les yeux levés vers le ciel, les têtes rejetées en arrière, les doigts entremêlés, les poings fermés, les lèvres pincées, tordues, mordues, les croisements et décroisements de jambes, les battements de pieds, les bâillements, les mâchoires serrées, les bouches en cul-de-poule, les déglutitions intempestives, les trichotillomanies, les onychophagies, les attouchements, les étirements, les caresses labiales et nasales, les respirations profondes ou saccadées, les regards désespérés fixant la pendule (liste non exhaustive...), en disent très long sur l'état d'esprit de chacun. Un surveillant d'examen attentif, rompu à l'observation

des postures et des attitudes, serait probablement capable d'évaluer le niveau d'une grande partie des étudiants en situation d'examen, et de donner une note assez précise à leurs copies respectives, sans même lire ces dernières.

Au bout de deux heures d'épreuve les vessies les plus sensibles commencèrent à se manifester. L'heure vésicale n'échappe pas à la règle, car même lorsqu'ils se rendent aux toilettes (sous escorte pour prévenir les sournoises envies de triche) les corps s'expriment on ne peut plus clairement. La « théorie des humeurs », chère à Hippocrate et à ses disciples, n'est-elle pas l'une des bases de la médecine ? D'aucuns, pressés de reprendre leurs cogitations au plus vite, hâtèrent le pas en projetant leur buste vers l'avant afin de se soulager avec précipitation. D'autres, manifestement en quête d'un second souffle, retardèrent leur retour dans l'arène en adoptant un train de sénateur, tronc et épaules en retrait. Ceux qui semblaient satisfaits de leur prestation s'approchèrent quant à eux du lieu d'aisance avec une démarche équilibrée, ni trop lente, ni trop précipitée. Preuve que, dans un corps qui n'en fait généralement qu'à sa tête, le cerveau s'exprime tantôt avec éloquence par l'intermédiaire des jambes.

« Il vous reste une heure ! Une heure ! »

La voix de stentor du surveillant réveilla les étudiants qui, à la recherche d'une réponse à jamais perdue comme « le Temps » proustien à son heure, s'étaient égarés dans leurs pensées. Elle affola par la même occasion ceux qui réalisèrent qu'ils n'arriveraient jamais à terminer à l'heure dite, et désola tous ceux qui, ayant abdiqué depuis un bon moment, commençaient à trouver le temps long. « Le temps est assassin, et emporte avec lui les rires des enfants », dit la chanson. Le temps désormais compté de cette ultime heure d'examen emporta certes quelques illusions, mais précisa surtout « cliniquement » l'état émotionnel de chacun. Car à mesure que les minutes s'écoulèrent, tout devint plus net, plus clair, plus parlant.

Les visages rougis se firent plus écarlates, les soupirs plus profonds, les odeurs corporelles plus intenses. Les attouchements devinrent plus brutaux, les sourires et les grimaces plus crispés. Des mâchoires se serrèrent de plus belle, on eût dit qu'elles tentaient d'étouffer les monologues intérieurs, jusqu'alors contenus, qui remontaient à la surface. D'aucuns s'insultèrent à voix basse, d'autres s'encouragèrent ouvertement. Des ongles et des stylos furent rongés sans ménagement, des doigts frappèrent les tables comme autant de touches de pianos imaginaires. Cà et là des feuilles de brouillon furent déchirées avec rage par certains, tandis que d'autres, le regard vide, suçotaient leurs pouces en signe d'apaisement.

« Plus que dix minutes. Dix minutes ! »

C'est fou ce qu'il peut se passer dans une salle d'examen durant les dix dernières minutes précédant le ramassage des copies. Les « placides », étonnamment

moins fatigués, semblent plus heureux ; les « résignés » demeurent immobiles, ils n'ont manifestement plus rien dans le ventre ; les « maniaques », s'agitant de plus belle, rangent leurs feuilles d'examen et leurs stylos avec une application démesurée ; les « perfectionnistes » réfléchissent encore et encore, effacent, complètent, précisent... Pendant que les minutes s'égrènent, les qualités et les défauts de chacun gravissent inévitablement les derniers échelons de l'échelle de la vérité individuelle.

« Cinq, quatre, trois, deux, un zéro. C'est terminé ! Posez vos stylos. Ne touchez plus à rien. Merci de quitter la salle. Laissez vos copies sur les tables. J'ai dit c'est terminé ! »

Une noria de soupirs envahit brusquement l'espace. Les dés sont jetés. Chaque candidat a œuvré avec les moyens du bord, avec « les moyens du corps ». D'aucuns seront reçus avec les honneurs, d'autres sans trompettes ni tambours, voire tout juste avec la moyenne, d'autres seront repêchés, d'autres encore devront passer par les épreuves de rattrapage, quelques-uns échoueront. C'est ainsi, c'est la règle du jeu.

En quittant l'amphithéâtre, chacun revêt peu à peu son masque. Le masque de la *Comédie Humaine*, le masque des apparences et du jeu social. Son propre masque, porté avec application tout au long de cinq années d'études et d'efforts soutenus. Un masque qui, durant quatre heures d'examen, est pourtant tombé. Un masque sous lequel un examinateur attentif aura décelé le for intérieur de chacun. Parce que le corps d'un étudiant en situation d'examen ne ment pas...



Examen théorique - Béziers - juin 2019



## Congrès de l'iO (*Institute of Osteopathy*) « *The next 25 years* » - Octobre 2018 - Londres

**Synthèse et réflexions**  
(Bernard Jurth et Laurent Legendre)



L'homme n'étant pas fait pour construire des murs, mais des ponts, nous avons décidé, après avoir rendu visite aux ostéopathes américains (mars 2018) à l'ATSU (*A.T. Still University* de Kirksville, Missouri), puis participé au Congrès de l'AAO (*American Academy of Osteopathy* à Dallas, Texas), de nous rendre à Londres, au Congrès annuel d'octobre 2018 de l'iO (*Institute of Osteopathy*).

Rappelons que l'ostéopathie a été reconnue officiellement au Royaume-Uni en 1993, et qu'en écho à ce 25<sup>e</sup> anniversaire, l'iO avait décidé de consacrer son congrès annuel 2018, à l'avenir et au développement de la profession d'ostéopathe lors des 25 années à venir. D'où son titre : « *The next 25 years* ».

Précisons, que l'iO (*Institute of Osteopathy*), l'ancienne BOA (*British Osteopathic Association*), est la plus importante association d'ostéopathes aux Royaume-Uni, et qu'en tant que membres de l'AFBO (*Association Franco-Britannique d'Ostéopathie*), nous sommes membres internationaux de l'iO. Ceci depuis 1998.

### **Durant ce congrès, quelques idées-reçues ont été battues en brèche.**

En effet, contrairement à ce qu'on pourrait croire, vu de France :

#### **1 - Les ostéopathes anglais sont peu nombreux.**

- Il y avait exactement 5363 ostéopathes en exercice au Royaume-Uni en octobre 2018 (source iO), alors qu'en France on en comptait près de 30 000, dont 60 % d'ostéopathes exclusifs et 40 % d'ostéopathes professionnels de santé (source DREES). Ceci pour une population sensiblement égale.

- D'où une densité d'un ostéopathe pour plus de 12 000 habitants au Royaume-Uni, contre un ostéopathe pour environ 2 200 habitants en France.

- Remarque : aux États-Unis, où tous les ostéopathes sont médecins, la densité est d'un ostéopathe pour environ 3 500 habitants (source AAO).

#### **2 - Les ostéopathes anglais ont du mal à exister et à s'imposer sur le marché de la santé britannique.**

- Ils se sont battus très longtemps pour enfin obtenir leur reconnaissance en 1993, alors que l'iO (appelée BOA jusqu'en 2014) existe depuis plus de cent ans !

- Force est de constater qu'ils n'ont pas réussi à s'imposer au cours des 25 dernières années.

- Le thème du Congrès, « Les 25 prochaines années », et deux chiffres édi-  
fiants résumant à eux seuls la situation de l'ostéopathie britannique :

- 2 %, seulement, de la population consulte un ostéopathe chaque année,
- 90 % des Britanniques n'ont jamais consulté un ostéopathe.

Rappelons qu'en France, selon certains récents sondages, un Français sur deux aurait déjà consulté un ostéopathe !

### **3 - Les ostéopathes anglais ont les mêmes problèmes que nous autres ostéopathes français.**

- Ils cherchent toujours à définir précisément leur identité et leur champ de compétence.

- Ils regrettent les divisions qui existent au sein du monde ostéopathique britannique (crânien *versus* structurel, « *evidence based medicine* » *versus* principes originels, approche musculo-squelettique *versus* approche holistique, etc.),

- Ils en appellent sans cesse à l'unité.

- Ils ont du mal à se positionner par rapport au *NHS* (*National Health Service*), c'est-à-dire le système de santé publique, l'équivalent de notre Sécurité Sociale. Moins de 2% des ostéopathes anglais travaillent dans le cadre du *NHS* et moins de 50 % d'entre eux sont intéressés pour y entrer. L'ostéopathie est d'ailleurs considérée par de nombreux experts du *CCG* (*Clinical Commissioning Group*) de la *NHS* comme une *PLCV* (*Procedure of Limited Clinical Value*) c'est-à-dire en tant que traitement qui n'a pas suffisamment d'effets durables démontrés pour être pris en charge par la *NHS*.

- Ils s'interrogent fortement sur leur avenir. Extraits de l'exposé de Ben Katz (Président de l'*iO*) : « Où sommes-nous actuellement ? Comment en sommes-nous arrivés là ? Que souhaitons-nous accomplir ? Comment y parvenir ? » Etc.

- Ils constatent à regret que le nombre d'étudiants en ostéopathie diminue ces dernières années.

### **Que dire au terme de notre participation à ce Congrès de l'*iO* ?**

- Pour nous, ostéopathes français, un mythe s'est un peu écroulé. L'ostéopathie anglaise est incontestablement, si l'on en croit les interventions d'éminents membres de l'*iO*, moins puissante, moins brillante, et moins enviable lorsqu'on l'observe sur place que vue de France.

- Nous avons été très bien accueillis par nos homologues anglais lors de ce Congrès, et avons été honorés lors du dîner de gala en étant placés à la table présidentielle.

- Nous avons beaucoup échangé avec Maurice Cheng et Ben Katz, respectivement *Chief Executive* et *President* de l'*iO*.

- Nous avons rencontré plusieurs ostéopathes, tous représentants de leurs pays au niveau européen, présents au Congrès de l'*iO* du fait qu'une réunion de l'*EFFO* (*European Federation and Forum of Osteopathy*) avait eu lieu à Londres la veille du début du Congrès. Nous avons notamment pris contact avec Marika Jevbratt, la présidente (Suédoise) de l'*EFFO*. Nous lui avons fait part de nos excellentes relations avec Marie-Hélène Sala, présidente de l'AFO (Association Française d'Ostéopathie), la représentante française à l'*EFFO*. L'appartenance (pour certains d'entre nous) à l'AFO, nous confère automatiquement le statut de membre de l'*EFFO*. Il serait probablement judicieux de nous rapprocher de l'AFO à ce sujet.

- Concernant les interventions lors du Congrès, il y fut beaucoup question de la situation de l'ostéopathie au Royaume-Uni, ce qui fut évidemment très instructif pour nous (voir plus haut).

- Au niveau scientifique et technique par contre, les communications furent certes variées, mais assez limitées sur le plan pratique à notre goût. La plupart des conférences étaient consacrées, soit à des généralités (structure et fonction du pied, approche ostéopathique en gériatrie, l'arthrose, la spondylarthrite ankylosante, la prévention dans le système de santé publique, etc.), soit à des développements très pointus (notamment une approche ostéopathique viscérale où il fut beaucoup question de chimie, et un exposé sur les capacités prédictives du cerveau).

- Les ostéopathes anglais axent beaucoup leur travail sur l'aspect préventif. On nous a répété à l'envi qu'il fallait faire de la prévention auprès de nos patients, en leur disant de faire de l'exercice et de perdre du poids.

- Nous avons été un peu surpris par l'assez faible nombre de participants au Congrès. Pas plus de 300 personnes sur trois jours. D'autant que certains congressistes n'étaient présents qu'un seul jour. L'*iO*, la plus grande association d'ostéopathes britannique, regroupe tout de même plus de la moitié des 5 363 ostéopathes anglais.

## En guise de conclusion

Il est évident pour nous, que nous avons bien fait de nous rendre à Londres pour ce Congrès de l'*iO*, très instructif sur le plan « cognitif » en matière de « politique » et de « géopolitique ».

Nous savons à présent que l'herbe n'est pas toujours plus verte dans le jardin du voisin, fût-ce l'herbe d'un jardin anglais ! Nous retournerons néanmoins avec plaisir chez nos amis anglais lors du prochain congrès de l'*iO*, afin de faire perdurer l'amitié ostéopathique franco-britannique.

## L'AFBO : un lien ostéopathique indispensable

L'Association Franco-Britannique d'Ostéopathie (AFBO), fondée en 1998, réunit les praticiens diplômés de l'Institut Franco-Britannique d'Ostéopathie (IFBO) et de l'Institut Supérieur d'Ostéopathie du Grand Montpellier (ISOGM). Elle accueille par ailleurs, par cooptation après examen de leur demande, les ostéopathes qui souhaitent partager ses valeurs d'excellence et de convivialité.

Elle édite un bulletin, organise des formations post-graduées et un congrès annuel, afin de favoriser les échanges entre praticiens au niveau national et de maintenir un contact entre les anciens élèves et leurs enseignants.

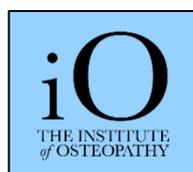


L'AFBO s'inscrit également dans une dimension internationale du fait, entre autres, de son affiliation à l'*Institute of Osteopathy* (iO) – anciennement *British Osteopathic Association (BOA)* – la plus importante association d'ostéopathes en Europe. Tout membre de l'AFBO accède en effet au statut de membre de l'iO et aux nombreux avantages offerts par cette association professionnelle établie au Royaume-Uni.

L'AFBO s'est également rapprochée du berceau américain de l'ostéopathie, l'*A.T. Still University* de Kirksville (Missouri), et de l'AAO, la réputée *American Academy of Osteopathy*, qui regroupe les ostéopathes américains les plus fidèles à la philosophie ostéopathique des origines.



L'AFBO constitue ainsi un lien solide et indispensable entre l'enseignement, fidèle à la philosophie et aux concepts ostéopathiques prodigués tout au long des cursus de l'IFBO et de l'ISOGM, et les standards d'éthique professionnelle anglo-saxons.



## Bulletin d'inscription à l'AFBO et à l'iO (2020-2021)

A retourner par e-mail à : afbo.osteo@gmail.com  
ou à renvoyer à : AFBO - Jean-Pierre Hortoland  
Le Campus du Soleil, CD 15, Route de Boujan - 34500 - BEZIERS

Cotisation Annuelle 2020 - 2021 (pour une adhésion du 31/07/20 au 31/07/21)

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Email : .....

Téléphone portable : .....

Ostéopathe diplômé de l'Ecole : .....

Année d'obtention du diplôme : .....

**confirme mon adhésion à l'AFBO et à l'iO pour l'année 2020/2021**

- Règlement :  par chèque d'un montant de 230 €  
(à envoyer à l'adresse ci-dessus)
- par virement d'un montant de 230 €  
IBAN : FR76 3000 3003 3000 0372 6468 249  
BIC : SOGEFRPP

Date :

Signature :



« On compte sur vous ! »