

Traduction Française réalisée par l'Union Fédérale des OSTÉOPATHES DE FRANCE



Principes directeurs pour la formation en Ostéopathie

Formation

Principes directeurs pour la formation
en médecine traditionnelle,
complémentaire et alternative



Organisation
mondiale de la Santé

**Principes directeurs pour la formation
en médecine traditionnelle,
complémentaire et alternative**

Principes directeurs pour la formation en
Ostéopathie

UFOF : Rue des Trois Capitaines 26400 Crest
tél : 04 75 25 79 04 site : www.osteofrance.com

Catalogage à la source de la bibliothèque de l'OMS

Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative : principes directeurs pour la formation en ostéopathie.

1. Médecine ostéopathique. 2. Thérapies complémentaires. 3. Principes directeurs. 4. Education. I. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 159966 5 (Classification NLM : WB 940)

© **Organisation mondiale de la Santé 2010**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (Tél : +41 22 791 3264. Télécopie : +41 22 791 4857. Courriel électronique : bookorders@who.int). Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'OMS, que ce soit pour la vente ou pour une diffusion non commerciale, doit être adressée aux Editions de l'OMS à l'adresse ci-dessus (Télécopie : +41 22 791 4806. Courriel électronique : permissions@who.int).

Les dénominations utilisées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position de quelque nature que ce soit quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou régions, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés dessinées sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises spécifiques ou de certains produits commerciaux ne signifie pas que ces entreprises ou ces produits aient été agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, les supports publiés sont diffusés sans aucune garantie explicite ou implicite. La responsabilité de l'interprétation ou de l'utilisation des dits supports incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de leur utilisation.

Imprimé en Suisse.

Table des matières

Table des matières	iii
Remerciements	v
Avant-propos	vii
Préface	ix
Introduction	1
1. Les principes de base de l'ostéopathie	3
1.1 Philosophie et caractéristiques de l'ostéopathie.....	3
1.2 Modèles de relation structure-fonction	4
2. Formation des praticiens ostéopathes	7
2.1 Catégories des programmes de formation	7
2.2 Compétences élémentaires.....	8
2.3 Cursus de référence en ostéopathie	8
2.4 Adaptation des programmes de Type I ou de Type II	10
3. Problèmes de sécurité	15
3.1 Contre-indications aux techniques directes	15
3.2 Contre-indications aux techniques indirectes : basées sur les fluides, l'équilibrage et les réflexes	16
Références	19
Annexe I : Réunion consultative de l'OMS sur l'Ostéopathie,	
Milan, Italie du 26 au 28 février 2007 :	
liste des participants	21

Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) remercie vivement les autorités régionales de Lombardie d'avoir apporté leur soutien financier et technique à l'élaboration et à la publication des présents documents de formation fondamentaux dans le cadre des projets menés de concert avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans le domaine de la médecine traditionnelle. Le gouvernement régional de Lombardie a généreusement accueilli la réunion consultative de l'OMS sur les thérapies manuelles qui s'est tenue à Milan (Italie) en novembre 2007 et a contribué à son financement.

L'OMS souhaite également exprimer sa sincère reconnaissance à l'égard de l'administration nationale de la médecine traditionnelle chinoise de la République Populaire de Chine pour en avoir préparé le texte original. Nous remercions tout particulièrement le Professeur Charlie Changli Xue, le Directeur du Centre de collaboration de l'OMS pour la médecine traditionnelle à l'Institut des Sciences de la Santé de l'Université de RMIT (Royal Melbourne Institute of Technology), Bundoora, Victoria, Australie, pour son travail de développement.

L'OMS est redevable à plus de 300 personnes, dont des experts et des autorités nationales ainsi que des organisations professionnelles et non gouvernementales de plus de 140 pays qui ont prodigué commentaires et conseils sur le texte au cours de sa rédaction.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les participants à la réunion consultative de l'OMS sur les thérapies manuelles (voir annexe 1) qui ont travaillé à la révision et à la finalisation des textes ainsi qu'au Centre collaborateur de l'OMS pour la médecine traditionnelle de l'Université d'Etat de Milan et, en particulier, son directeur, le Professeur Umberto Solimene et son directeur adjoint, le Professeur Emilio Minelli, pour avoir aidé l'OMS à organiser la réunion consultative.

Avant-propos

Les plus anciens systèmes thérapeutiques qui existent et sont utilisés par l'être humain pour lui assurer santé et bien-être s'appellent médecine traditionnelle ou médecine complémentaire et alternative (MT/MCA).

On utilise de plus en plus la MT/MCA officiellement dans les systèmes de santé actuels. Lorsqu'elle est utilisée correctement la MT/MCA peut contribuer à la protection et à l'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens. L'utilisation pertinente des thérapies et des produits de MT/MCA implique toutefois la prise en compte des problèmes de sécurité, d'efficacité et de qualité. C'est ce qui constitue la base de la protection du consommateur et n'est guère différent, par son principe, de ce qui sous-tend la pratique médicale moderne. Le respect des conditions de base de la pratique moderne des thérapies de MT/MCA peut aider les autorités sanitaires nationales à mettre en place les lois, règlements et pratiques d'exercice adéquats.

Ces considérations ont guidé le travail du gouvernement régional de Lombardie en matière de MT/MCA, introduite pour la première fois dans le Programme régional de santé 2002-2004. Les études cliniques et observationnelles effectuées en Lombardie ont permis de franchir une étape cruciale dans l'évaluation de la MT/MCA. Grâce aux données recueillies dans le cadre de ces études, on a utilisé une série de dispositions administratives pour générer un cadre de protection des utilisateurs et des praticiens. La pierre angulaire du processus a été le premier Protocole d'accord (PA) du Plan quadriennal de coopération signé entre le Gouvernement régional de Lombardie et l'Organisation mondiale de la Santé. Le PA a mis en évidence la nécessité du respect de certains critères, notamment : l'utilisation rationnelle de la MT/MCA par les consommateurs, une pratique déontologique, la qualité, la sécurité et la promotion d'études cliniques et observationnelles de la MT/MCA. Lors de leur publication en 2004, *les directives de l'OMS pour le développement de l'information des consommateurs sur l'utilisation convenable de la médecine traditionnelle, complémentaire et alternative* ont été intégrées dans ce premier PA.

En Lombardie, les citoyens jouent actuellement un rôle actif dans les choix relatifs à la santé. La prise de conscience des avantages ainsi que des risques de chaque type de prise en charge médicale est donc essentielle, également lorsqu'un citoyen choisit activement d'utiliser la MT/MCA. Les consommateurs ont commencé à poser de nouvelles questions relatives à un traitement sûr et efficace de la part de tous les praticiens de MT/MCA. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement régional de Lombardie respecte à la lettre les directives de l'OMS sur l'exercice qualifié de la MT/MCA, afin d'en garantir l'usage convenable par la promulgation de lois et de réglementations sur les compétences, le contrôle qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits et de directives claires relatives aux qualifications des praticiens.

Le Gouvernement régional de Lombardie a également apporté soutien et coopération à l’OMS pour le développement de cette série de principes directeurs destinés aux thérapies sélectionnées les plus populaires de MT/MCA notamment l’Ayurveda, la naturopathie, le Nuad Thai, l’ostéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, le Tuina et la médecine Unani.

L’exercice scientifique moderne implique l’utilisation d’un produit ou d’une technique thérapeutique par souci de sécurité et d’efficacité, ce qui signifie qu’il applique à ses soins des indications et des preuves étayées par une recherche appropriée. Les praticiens, les décideurs et les planificateurs au sein, comme au-dehors des Ministères de la Santé, sont responsables de l’adhésion à cet état de fait afin de garantir la sécurité et l’efficacité des médecines et des pratiques destinées à leurs concitoyens. En outre, non seulement la sécurité est associée aux produits ou aux pratiques en tant que tels, mais également à leur mode d’utilisation par les praticiens. En conséquence, il est important que les décideurs puissent, de plus en plus, normaliser la formation des praticiens, ce qui est un autre aspect fondamental de la protection des prestataires et des consommateurs.

Depuis 2002, le Plan social de santé de la Lombardie a pris en charge le principe de la liberté de choix parmi les différentes options médicales fondées sur des preuves et des données scientifiques. En se reportant aux principes directeurs de la présente série de documents, il est possible d’élaborer un solide fondement d’options médicales qui aideront les citoyens à exercer leur droit à des choix éclairés parmi les différents types de soins ainsi que parmi les pratiques et les produits sélectionnés.

L’objectif de cette série de manuels de principes directeurs est de veiller à ce que les pratiques de la MT/MCA répondent aux niveaux minimum de connaissance, de compétences et de conscience des indications et des contre-indications adéquates. Il est également possible d’utiliser ces documents pour faciliter l’établissement de la réglementation relative aux praticiens de MT/MCA et à leur enregistrement.

Pas à pas, nous établissons les blocs fondateurs qui vont assurer la sécurité des consommateurs dans le cadre de l’utilisation de la MT/MCA. Le Gouvernement régional de Lombardie espère que la série actuelle sera une référence utile pour les autorités sanitaires du monde entier et que ces documents aideront les pays à établir les cadres juridiques et réglementaires appropriés nécessaires à la pratique de la MT/MCA.

Luciano Bresciani
Ministre régional de la Santé
Gouvernement régional de Lombardie

Giulio Boscagli
Ministre régional de la famille et de
la solidarité sociale
Gouvernement régional de Lombardie

Préface

On a constaté une poussée spectaculaire des différentes disciplines connues collectivement sous le nom de médecine traditionnelle (MT) au cours des trente dernières années. 75% de la population du Mali et 70% de celle du Myanmar dépendent de la MT et des praticiens de MT pour les soins de base¹, tandis que son usage a également beaucoup augmenté dans de nombreux pays développés où elle est considérée comme faisant partie de la médecine complémentaire et alternative (MCA). 70% de la population canadienne², par exemple, et 80% de la population allemande³ ont eu recours à la médecine traditionnelle sous l'intitulé médecine complémentaire et alternative.

Intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé nationaux

La médecine traditionnelle a de puissantes racines historiques et culturelles. Dans les pays en voie de développement, en particulier, les guérisseurs ou les praticiens traditionnels sont souvent réputés et respectés dans la communauté locale. Toutefois, plus récemment, la progression de l'usage des thérapies médicales traditionnelles associé à l'accroissement de la mobilité internationale signifie que la pratique des thérapies et des traitements médicaux traditionnels ne reste pas limitée, dans bien des cas, aux pays d'origine. Il peut alors s'avérer difficile d'identifier les praticiens qualifiés de médecine traditionnelle dans certains pays.

Un des quatre objectifs principaux de la stratégie de l'OMS relative à la médecine traditionnelle de 2002 à 2005 a été d'aider les pays à intégrer la médecine traditionnelle à leur propre système de santé. En 2003, une résolution de l'OMS (WHA 56.31) sur la médecine traditionnelle a préconisé aux états membres, le cas échéant, de formuler et de mettre en œuvre des politiques et des réglementations nationales relatives à la médecine traditionnelle et à la médecine complémentaire et alternative pour soutenir leur usage convenable. En outre, il a été préconisé aux états membres d'intégrer la MT / MCA dans leur système national de santé, en fonction de leur situation nationale pertinente.

Plus tard au cours de l'année 2003, les résultats d'une étude mondiale sur les politiques relatives à la TM/MCA, menée par l'OMS, ont montré que la mise en œuvre de la stratégie faisait son chemin. Par exemple, le nombre d'états membres déclarant qu'ils disposaient d'une politique nationale sur la médecine traditionnelle est passé de cinq en 1990 à 39 en 2003 et à 48 en 2007.

1 Présentation par les Gouvernements du Mali et du Myanmar au Congrès sur la Médecine Traditionnelle de Pékin, République populaire de Chine, 7-9 novembre 2008.

2 Perspectives sur les Services médicaux Complémentaires et Alternatifs, série de documents préparés pour Health Canada, Ottawa, Health Canada, 2001.

3. Annette Tuffs Heidelberg. Trois allemands sur quatre ont eu recours aux traitements complémentaires ou naturels, *British Medical Journal* 2002, 325-990 (2 novembre).

Le nombre d'états membres disposant de réglementations sur la phytothérapie est passé de 14 en 1986 à 80 en 2003 et à 110 en 2007. Les états membres disposant d'instituts nationaux de recherche en médecine traditionnelle ou en phytothérapie est passé de 12 en 1970 à 56 en 2003 et à 62 en 2007¹.

L'idéal serait que les pays combinent les modes de soins conventionnels et traditionnels afin de tirer le plus grand profit des meilleures caractéristiques de chaque système et de permettre à chacun d'eux de compenser les points faibles de l'autre. C'est pourquoi, en 2009 la résolution WHA 62.13 de l'OMS a, de nouveau, préconisé aux états membres d'envisager, le cas échéant, d'inclure la médecine traditionnelle dans leur système national de santé. Le mode opératoire dépend des capacités, des priorités et de la législation nationales ainsi que des circonstances. Il faut prendre en compte les notions de sécurité, d'efficacité et de qualité.

La résolution WHA 62.13 préconisait également aux états membres d'envisager, le cas échéant, la mise en place de systèmes destinés à la qualification, à l'accréditation ou à l'habilitation de praticiens de médecine traditionnelle. Elle préconisait aux états membres d'aider les praticiens à mettre leurs connaissances et leurs compétences à jour en collaboration avec les prestataires de soins conventionnels. La présente série de principes directeurs pour la formation de base de types de soins de MT/CMA sélectionnés fait partie de la mise en œuvre de la résolution de l'OMS. Elle concerne les formes de MT/ CMA qui jouissent d'une popularité grandissante (Ayurveda, naturopathie, Nuad Thi, ostéopathie, médecine chinoise traditionnelle, Tuina et médecine Unani).

Ces principes directeurs sont le reflet de ce que la communauté de praticiens dans chacune de ces disciplines considère comme une pratique raisonnable dans la formation des professionnels à pratiquer leur discipline respective, en considérant que la protection des consommateurs et la sécurité des patients sont les fondements de la pratique professionnelle. Ils apportent un élément de référence auquel on peut comparer la pratique réelle et grâce auquel on peut l'évaluer. La série de sept documents a les objectifs suivants :

- Aider les pays à établir des systèmes de qualification, d'accréditation ou d'habilitation des praticiens de médecine traditionnelle ;
- Permettre aux praticiens de mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences en collaboration avec les prestataires de soins conventionnels ;
- Permettre une meilleure communication entre les prestataires de soins conventionnels et traditionnels ainsi qu'avec d'autres professionnels de la santé, étudiants en médecine et chercheurs importants grâce à des programmes de formation appropriés ;
- Promouvoir l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé.

Les documents décrivent les modèles de formation destinés aux stagiaires de différents niveaux. Ils dressent la liste des contre-indications identifiées par la communauté des praticiens afin de promouvoir une pratique sûre et limiter le risque d'accidents.

1 Stratégie médicale de l'OMS 2008-2013 et rapport d'une étude mondiale de l'OMS sur les politiques nationales en matière de médecine traditionnelle et de réglementation relative à la phytothérapie, 2005.

x

Préface

Projet et procédure de consultation

Les données les plus élaborées pour établir des principes directeurs viennent des pays où sont nées les différentes formes de médecine traditionnelle concernées. Ces pays ont mis en place une éducation officielle ou des conditions nationales d'habilitation ou de qualification. Tous les principes directeurs pertinents doivent faire référence à ces normes et à ces conditions nationales.

La première étape du projet de la série de document a été confiée aux autorités nationales des pays d'origine de chacune des médecines traditionnelles, complémentaires ou alternatives évoquées. Ces projets ont été, ensuite, dans une seconde étape, répartis entre plus de 300 relecteurs dans plus de 140 pays. Ces relecteurs comprenaient des experts et des autorités sanitaires nationales, les centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle et les organisations non gouvernementales professionnelles régionales et internationales. Les documents ont alors été révisés sur la base des commentaires et des suggestions reçus. Enfin, l'OMS a organisé des consultations pour une autre relecture définitive, préalable à la publication.

Docteur Xiaorui Zhang
Coordonnateur. Médecine traditionnelle
Département de la gouvernance du Système de Santé
et de la Prestation de Services
Organisation mondiale de la Santé

Introduction

L'ostéopathie a été développée par Andrew Taylor Still, médecin et chirurgien des Etats-Unis d'Amérique au milieu des années 1800. Il a créé la première école indépendante d'ostéopathie en 1892 (1.2).

L'ostéopathie (également appelée médecine ostéopathique) se fonde sur le contact manuel pour tout diagnostic et tout traitement (3). Elle respecte la relation qui existe entre le corps, la pensée et l'esprit et l'esprit sains et malades. Elle accorde une importance considérable à l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et à la tendance intrinsèque du corps à l'auto-guérison. Les praticiens ostéopathes utilisent un large éventail de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer la fonction physiologique et/ou réguler l'homéostasie altérée par un dysfonctionnement somatique (structure corporelle), c'est-à-dire une fonction entravée ou altérée des éléments associés du système somatique, des structures squelettiques, arthroïdiales et myo-fasciales et des éléments associés vasculaires, lymphatiques et neuraux (4).

Les praticiens ostéopathes utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités d'autorégulation et d'auto-guérison du corps. Cette approche holistique des soins et de la guérison des patients se fonde sur le concept que l'être humain est une unité fonctionnelle dynamique, au sein de laquelle toutes les parties sont intimement liées et qui possède ses propres mécanismes d'autorégulation et d'auto-guérison. Un des éléments essentiels des soins ostéopathiques est constitué par la thérapie manuelle ostéopathique, qu'on appelle généralement traitement manipulatif ostéopathique (TMO). Il se rapporte à un ensemble de techniques manipulatives qu'il est possible d'associer à d'autres traitements ou conseils, un régime par exemple, une activité physique une posture ou une prise en charge psychologique. La pratique de l'ostéopathie est distincte d'autres professions de santé qui utilisent des techniques manuelles comme la physiothérapie ou la chiropratique, en dépit de certaines techniques et interventions analogues employées. En tant qu'approche pratique des soins prodigués aux patients, l'ostéopathie a contribué au corpus de connaissances des thérapies manuelles et de la médecine complémentaire et alternative.

L'ostéopathie est pratiquée dans de nombreux pays dans le monde. Dans certains pays, des thérapeutes manuels utilisent des techniques ostéopathiques et prétendent prodiguer un traitement ostéopathique, alors même qu'ils n'ont reçu aucune formation à cet égard.

Le présent document présente ce que la communauté de praticiens, d'experts et de régulateurs en ostéopathie considère comme des niveaux et des modèles de formation adéquats des praticiens ostéopathes. Ces niveaux et ces modèles sont également destinés aux prestataires de soins et aux distributeurs. Il contient les principes directeurs de formation de stagiaires

d'horizons différents ainsi que ce que la communauté de praticiens ostéopathes considère comme des contre-indications d'une pratique sûre de l'ostéopathie pour limiter le risque d'accidents. L'ensemble de ces informations constitue un document de référence pour les autorités nationales qui souhaitent établir des systèmes de formation, d'examen et d'habilitation susceptibles de prendre en charge l'exercice qualifié de l'ostéopathie.

1. Les principes de base de l'ostéopathie

1.1 Philosophie et caractéristiques de l'ostéopathie

L'ostéopathie fournit un large éventail d'approches permettant de préserver la santé et de gérer la maladie. L'ostéopathie se fonde sur les principes suivants pour traiter les patients et les prendre en charge :

- L'être humain est une unité fonctionnelle dynamique, dont l'état de santé est influencé par le corps, la pensée et l'esprit ;
- Le corps possède des mécanismes d'autorégulation et est naturellement enclin à l'auto-guérison
- Structure et fonction sont étroitement liées à tous les niveaux du corps humain.

Dans ce cadre, les praticiens ostéopathes intègrent les connaissances scientifiques et médicales actuelles en appliquant les principes ostéopathiques aux soins des patients. Ils reconnaissent que les signes cliniques et les symptômes de chaque patient sont les conséquences de l'interaction de nombreux facteurs physiques et non physiques. L'ostéopathie met l'accent sur le lien dynamique étroit qui existe entre ces facteurs et l'importance de la relation patient-praticien dans le processus thérapeutique. C'est une forme de thérapie centrée davantage sur le patient que sur la maladie.

Le diagnostic structurel et le traitement manipulatif ostéopathique sont les composantes essentielles de l'ostéopathie. Le traitement manipulatif ostéopathique a été développé comme moyen de faciliter les mécanismes normaux d'autorégulation et d'auto-guérison du corps en s'intéressant aux zones de tension, de stress ou de dysfonctionnement des tissus susceptibles d'entraver les mécanismes neuraux, vasculaires et biochimiques normaux.

L'application pratique de cette approche se fonde sur plusieurs modèles de relations structure-fonction décrits ci-dessous. Les praticiens ostéopathes les utilisent pour rassembler et structurer des informations diagnostiques et pour interpréter la signification des conclusions neuro-musculo-squelettiques relatives à l'état de santé général du patient. Si bien que l'ostéopathie ne se limite pas au diagnostic et au traitement des problèmes musculo-squelettiques et ne met pas davantage en évidence l'alignement des articulations ni la preuve radiologique des relations structurelles. Elle est concernée davantage par la façon dont la biomécanique du système musculo-squelettal s'intègre à la physiologie toute entière du corps et la prend en charge.

Bien que les techniques manuelles soient utilisées par diverses professions de thérapie manipulative, la façon unique dont les techniques manipulatives ostéopathiques sont intégrées à la gestion du patient, ainsi que la durée, la fréquence et le choix de la technique, sont des aspects distinctifs de l'ostéopathie. Le traitement manipulatif ostéopathique utilise de nombreux types de techniques de manipulation notamment des techniques de thrust vertébral et d'impulsion ainsi que des techniques douces (1).

1.2 Modèles de relation structure-fonction

Cinq modèles principaux de relations structure-fonction guident l'approche du praticien ostéopathe vers le diagnostic et le traitement. Ces modèles sont en général, utilisés de façon combinée pour fournir un cadre d'interprétation de la signification du dysfonctionnement somatique dans le contexte d'une information clinique subjective et objective. La combinaison choisie est adaptée au diagnostic différentiel du patient, à ses co-morbidités, aux autres régimes thérapeutiques et à la réaction au traitement..

1.2.1 Le modèle structure-fonction biomécanique

Le modèle biomécanique voit le corps comme l'intégration d'éléments somatiques reliés en un mécanisme de posture et d'équilibre. Les tensions et les déséquilibres au sein de ce mécanisme risquent d'en affecter la fonction dynamique, d'accroître la dépense d'énergie, d'altérer la proprioception (perception par l'individu de la position relative et du mouvement des parties voisines du corps), de modifier la structure des articulations, d'entraver la fonction neuro-vasculaire et de transformer le métabolisme (5-7). Ce modèle s'applique aux approches thérapeutiques, notamment aux techniques de manipulation ostéopathique, qui permettent la restauration de la posture et de l'équilibre ainsi qu'un usage efficace des composants musculo-squelettiques.

1.2.2 Le modèle structure-fonction respiratoire et circulatoire

Le modèle respiratoire et circulatoire est concerné par la conservation des environnements extra et intracellulaires grâce à la distribution libre d'oxygène et de nutriments et l'élimination des déchets cellulaires. La tension des tissus ou tout autre facteur qui fait obstacle au flux ou à la circulation d'un fluide corporel risque d'affecter la santé des tissus (8). Ce modèle s'applique aux approches thérapeutiques, notamment aux techniques de manipulation ostéopathique, pour traiter le dysfonctionnement de la mécanique respiratoire ainsi que la circulation et le flux des fluides corporels.

1.2.3 Le modèle structure-fonction neurologique

Le modèle neurologique envisage l'influence de la facilitation spinale, de la fonction proprioceptive, du système nerveux autonome et de l'activité des nocicepteurs (récepteurs de la douleur) sur le fonctionnement du réseau neuro-immuno-endocrinien (9-15). La relation entre le système somatique et le système viscéral (autonome) revêt une importance particulière. Ce modèle s'applique aux approches thérapeutiques, notamment aux techniques

de manipulation ostéopathique pour réduire les tensions mécaniques, équilibrer les influx neuraux et réduire ou éliminer la poussée nociceptive.

1.2.4 Le modèle structure-fonction bio-psycho-social

Le modèle bio-psycho-social reconnaît les diverses réactions et les tensions psychologiques susceptibles d'affecter l'état de santé des patients et leur bien-être.

4

Principes de base de l'ostéopathie

Elles comprennent les facteurs environnementaux, socio-économiques, culturels, physiologiques et psychologiques qui influencent la maladie. Ce modèle applique des approches thérapeutiques, notamment des techniques de manipulation ostéopathique pour traiter les effets des différentes tensions bio-psycho-sociales et les réactions à ces tensions.

1.2.5 Le modèle structure-fonction bio-énergétique

Le modèle bio-énergétique reconnaît que le corps cherche à conserver un équilibre entre production, répartition et dépense d'énergie. La conservation de cet équilibre aide le corps dans sa capacité à s'adapter aux différents facteurs de stress (immunologique, nutritionnel, psychologique, etc.). Ce modèle s'applique aux approches thérapeutiques, notamment aux techniques de manipulation ostéopathique, pour traiter les facteurs qui ont le potentiel de perturber la production, la répartition ou la dépense d'énergie (6, 7, 16).

2. Formation des praticiens ostéopathes

2.1 Catégories des programmes de formation

La régulation de l'exercice de l'ostéopathie et la prévention de cet exercice par des praticiens non qualifiés implique un système solide de formation, d'examens et de qualification. Les principes directeurs de formation doivent prendre les éléments suivants en compte :

- Contenu de la formation ;
- Méthode de la formation ;
- Qui reçoit la formation et qui la prodigue ;
- Le rôle et les responsabilités du futur praticien ;
- Le niveau d'éducation requis pour entreprendre la formation.

Les experts en ostéopathie distinguent deux types de formation en fonction du cursus antérieur et de l'expérience clinique des stagiaires.

Le programme de la formation de Type I est destiné aux personnes qui ne possèdent que peu ou pas d'expérience de formation clinique mais qui ont achevé un cursus d'enseignement secondaire ou équivalent. Ces programmes sont en général de quatre ans et ce sont des programmes à plein temps. Une formation clinique encadrée suivie dans un établissement clinique approprié d'ostéopathie est un composant essentiel. On peut demander aux étudiants de rédiger une thèse ou un projet.

Le programme de la formation de Type II est destiné aux personnes qui ont déjà suivi une formation de professionnel de santé. L'objectif et le contenu du programme de Type II sont identiques à ceux du programme de Type I, mais le contenu et la durée du cursus peuvent être modifiés en fonction de l'expérience préalable et de la formation antérieure de chaque candidat. Dans certains cas, le développement d'un programme de Type II peut être une étape temporaire en attendant le développement de programmes de Type I en ostéopathie.

Les experts en ostéopathie considèrent que l'acquisition d'une maîtrise convenable de l'ostéopathie pour pouvoir exercer en tant que professionnels de santé de premier contact, en indépendant ou en tant que membre d'une équipe de santé dans des environnements divers, demande du temps. En général, un programme de Type I comporte 4200 heures, notamment au moins 1000 heures de pratique clinique et de formation encadrées. Les compétences en ostéopathie et la formation physique à l'examen doivent être délivrées en présenciel. Les

autres contenus universitaires du cursus peuvent être délivrés par divers formateurs à l'aide de supports de formation divers. La formation peut être effectuée à plein temps, à temps partiel ou en combinant les deux.

Tandis que la formation en ostéopathie est axée sur les sujets et les compétences évoqués qui constituent la base de l'approche ostéopathique, il est nécessaire, pour un praticien de santé de premier contact d'avoir une connaissance de base et une bonne maîtrise des traitements médicaux allopathiques habituels prodigués aux patients. De plus, le praticien ostéopathique doit comprendre également la logique qui sous-tend les protocoles habituels des traitements types, la façon dont le corps réagit à ces traitements et la façon dont les protocoles sont susceptibles d'influencer la sélection et la mise en œuvre du traitement ostéopathique.

Tous les éléments du cursus sont délivrés dans le but de cibler le patient plutôt que la maladie, en considérant le patient comme quelqu'un qui cherche à bénéficier de la meilleure santé possible et d'insister sur l'importance du partenariat thérapeutique que constituent le patient et le praticien.

2.2 Compétences de base

Les praticiens ostéopathes partagent un ensemble de compétences de base qui les guident pour le diagnostic, la gestion et le traitement de leurs patients et constituent le fondement de l'approche ostéopathique des soins médicaux. Les éléments suivants constituent les compétences essentielles nécessaires à la pratiques de l'ostéopathie inscrites dans tous les programmes de formation :

- Bases solides de l'histoire et de la philosophie de l'ostéopathie et approche des soins ;
- Connaissance des sciences fondamentales dans le contexte de la philosophie de l'ostéopathie et des cinq modèles de structure-fonction. En particulier, cette approche doit comprendre le rôle des facteurs vasculaire, neurologique, lymphatique et bio-mécanique dans l'entretien des fonctions anatomique globale, cellulaire et biochimique normales et adaptives ;
- Capacité à élaborer un diagnostic différentiel approprié et un plan de traitement ;
- Connaissance des mécanismes d'action des interventions thérapeutiques manuelles et de la réaction anatomique globale, cellulaire et biochimique à la thérapie ;
- Capacité à l'évaluation critique de la littérature scientifique et médicale et à intégrer les informations pertinentes dans la pratique clinique ;
- Aptitude en matière de compétences cliniques et palpatoires nécessaires au diagnostic du dysfonctionnement des systèmes et des tissus du corps précités, en mettant l'accent sur le diagnostic ostéopathique ;
- Aptitude dans un large éventail de compétences en TMO (thérapie manipulative ostéopathique) ;

- Maîtrise des examens physiques et de l'interprétation des tests et des données adéquats, notamment dans le domaine de l'imagerie diagnostique et des résultats de laboratoire ;
- Connaissance de la bio-mécanique du corps humain, notamment, de façon non limitative, les systèmes articulaire, fascial, musculaire et le système des fluides des extrémités, de la colonne vertébrale, de la tête, du pelvis, de l'abdomen et du torse ;
- Expertise dans le diagnostic et la TMO (théorie manipulative ostéopathique) des troubles neuro-musculo-squelettiques ;

- Connaissance approfondie des indications et des contre-indications relatives au traitement ostéopathique ;
- Connaissance de base de la médecine traditionnelle et des techniques de la médecine complémentaire et alternative communément utilisées.

2.3 Principes directeurs du cursus de formation en ostéopathie

Connaissances élémentaires

- Histoire et philosophie des sciences ;
- Anatomie globale et fonctionnelle, notamment l'embryologie élémentaire, la neuro-anatomie et la physiologie cellulaire ;
- La physiologie en insistant plus particulièrement sur le réseau neuro-immuno-endocrinien, le système nerveux autonome, les systèmes artériel, lymphatique et veineux et le système musculo-squelettique ;
- La biomécanique et la cinétique.

Science clinique

- Modèles de santé et de maladie ;
- Sécurité et éthique ;
- Pathologie et physiopathologie élémentaires des systèmes nerveux, musculo-squelettique, psychiatrique, cardiovasculaire, pulmonaire, gastro-intestinal, reproducteur, génito-urinaire, immunitaire, endocrinien et oto-rhino-laryngé ;
- Diagnostic orthopédique élémentaire ;
- Radiologie élémentaire ;
- Nutrition ;
- Soins d'urgence élémentaires.

Science ostéopathique

- Philosophie et histoire de l'ostéopathie ;
- Modèles ostéopathiques d'interrelation structure-fonction ;
- Biomécanique clinique, physiologie des articulations et cinétique ;
- Mécanismes d'action des techniques ostéopathiques.

Compétences pratiques

- Obtention et exploitation des antécédents associés à l'âge ;
- Examen physique et clinique ;

- Diagnostic ostéopathique et diagnostic différentiel des systèmes nerveux, musculo-squelettique, psychiatrique, cardiovasculaire, pulmonaire, gastro-intestinal, endocrinien, génito-urinaire, immunitaire, reproducteur et oto-rhino-laryngé ;
- Synthèse générale des données de laboratoire et d'imagerie ;
- Résolution et analyse des problèmes cliniques ;
- Connaissance des recherches significatives et intégration dans la pratique ;
- Communication et entretiens ;
- Prise en charge vitale élémentaire et premiers secours.

Principes directeurs pour la formation en ostéopathie

Compétences ostéopathiques

- Diagnostic ostéopathique ;
- Techniques ostéopathiques, notamment les techniques directes comme le thrust, l'énergie articulaire et musculaire et les techniques ostéopathiques générales ;
- Techniques indirectes, notamment les techniques fonctionnelles et la contre-tension ;
- Techniques d'équilibrage comme l'équilibrage de la tension ligamentaire et de la tension articulaire ligamentaire ;
- Techniques combinées, notamment le relâchement myofascial et fascial, la technique de Still, l'ostéopathie dans le champ crânien, les techniques du mécanisme involontaire et les techniques viscérales ;
- Techniques réflexes comme la technique des réflexes de Chapman, la technique des points réflexes et les techniques neuromusculaires ;
- Techniques des fluides comme les techniques de drainage lymphatique (1).

Expérience clinique pratique encadrée

Le traitement manipulatif ostéopathique est un composant distinct de l'ostéopathie qui implique à la fois des compétences et des connaissances cognitives ainsi que des compétences et des connaissances sensori-motrices. Le développement de ces compétences cliniques et manuelles implique du temps et de la pratique. Une pratique clinique encadrée est un élément essentiel de la formation des praticiens ostéopathes et doit être organisée dans un environnement ostéopathique clinique adéquat afin de pouvoir offrir un encadrement clinique et un enseignement de qualité. Le programme comprendra un minimum de 1000 heures de pratique clinique encadrée.

2.4 Adaptation du programme de Type I au programme de Type II

Le programme de Type II est conçu pour permettre à d'autres professionnels de santé de devenir des praticiens ostéopathes qualifiés. Le syllabus et le cursus des programmes de Type II peut varier en fonction de la formation et de l'expérience clinique antérieures de chaque étudiant. Les diplômés des programmes de Type II doivent faire preuve des mêmes compétences en ostéopathie que les diplômés des programmes de Type I. Ce programme dure généralement 1000 heures, à adapter en fonction de la formation et des connaissances préalables du candidat.

Tableau 1 – Structure indicative du programme de Type I**Phase 1**

	Nbre d'heures en présenciel
Etudes scientifiques et professionnelles de soutien	
Anatomie	150
Etudes médicales et autres systèmes de santé	5
Compétences en TIC	2
Principes et philosophie de l'ostéopathie	100
Neurologie et neurosciences	32
Biomécanique vertébrale et périphérique	26
Physiologie	140
Biochimie	60
Nutrition	40
Compétences et diagnostic palpatoires	40
Psychologie et psychosomatique	5
Sociologie	8
Etudes de recherche	
Méthodologie de la recherche (quantitative et qualitative) avec notamment analyse critique	5
Etudes cliniques et professionnelles	
Ostéopathie clinique appliquée	26
Diagnostic radiologique et imagerie clinique	6
Orthopédie et traumatologie	2
Etudes d'analyse de cas	6
Gestion de la pratique professionnelle	2
Obstétrique et gynécologie	4
Pédiatrie et prise en charge ostéopathique des enfants	4
Technique ostéopathique	150
Exercice ostéopathique clinique	
Exercice ostéopathique clinique étroitement encadré dans un(des) Environnement(s) clinique(s) adéquat(s)	20

Phase 2

Etudes scientifiques et professionnelles de soutien	
Anatomie	70
Sociologie	16
Etudes médicales et autres systèmes de santé	12
Principes et philosophie de l'ostéopathie	50
Neurologie et neurosciences	12
Pathologie	50
Biomécanique vertébrale et périphérique	100

Principes directeurs pour la formation en ostéopathie

Physiologie appliquée	140
Physiologie de l'exercice	10
Compétences de prise en charge d'urgence et premiers secours	10
Méthodes et procédures cliniques	60
Compétences et diagnostic palpatoires	34
Psychologie et psychosomatique	10

Etudes de recherche

Méthodologie de la recherche (quantitative et qualitative)	18
Analyse critique	7
Déontologie de la recherche	4

Etudes cliniques et professionnelles

Antécédents et communication avec les patients	9
Ostéopathie clinique appliquée	20
Diagnostic différentiel et clinique et résolution des problèmes cliniques	20
Diagnostic radiologique et imagerie clinique	20
Orthopédie et traumatologie	14
Etudes d'analyse de cas	15
Evaluation ostéopathique et gestion des patients	38
Déontologie professionnelle	6
Technique ostéopathique	150
Nutrition et diététique clinique	6

Exercice ostéopathique clinique

Exercice ostéopathique clinique étroitement encadré dans un(des) Environnement(s) clinique(s) adéquat(s)	140
---	-----

Phase 3

Etudes scientifiques et professionnelles de soutien

Anatomie	40
Etudes médicales et autres systèmes de santé	8
Pathologie	18
Biomécanique vertébrale et périphérique	100
Pharmacologie	20
Principes et philosophie de l'ostéopathie	21
Physiologie	6

Neurologie et neurosciences	24
Techniques cliniques de laboratoire	4
Compétences et diagnostic palpatoires	6
Sociologie	4
Psychologie et psychosomatique	100

Formation des praticiens ostéopathes

Etudes de recherche

Méthodologie de la recherche (quantitative et qualitative) avec notamment statistiques critiques	36
Analyse critique	10
Dissertation /Thèse de recherche	100

Etudes cliniques et professionnelles

Antécédents et communication avec les patients	7
Diagnostic différentiel et clinique et résolution des problèmes cliniques	100
Déontologie professionnelle	6
Diagnostic radiologique et imagerie clinique	50
Orthopédie et traumatologie	60
Pédiatrie et prise en charge ostéopathique des enfants	100
Ostéopathie du sport	20
Etudes d'analyse de cas	18
Technique ostéopathique clinique appliquée	150
Ergonomie	10
Evaluation ostéopathique et gestion des patients notamment pratique réflexe	13
Gynécologie et obstétrique	40
Rhumatologie	12
Prise en charge ostéopathique des personnes âgées	12
Nutrition et diététique clinique	6

Exercice ostéopathique clinique

Exercice ostéopathique clinique étroitement encadré dans un(des) Environnement(s) clinique(s) adéquat(s)	370
--	-----

Phase 4

Etudes scientifiques et professionnelles de soutien

Anatomie	6
Principes et philosophie de l'ostéopathie	11
Pathologie	15
Biomécanique vertébrale et périphérique	9
Pharmacologie	40

Etudes de recherche

Méthodologie de la recherche (quantitative et qualitative)	29
Analyse critique	5
Dissertation / Thèse de recherche	200

Etudes cliniques et professionnelles

Antécédents et communication avec les patients	6
Diagnostic différentiel et clinique et résolution des problèmes cliniques	20
Déontologie professionnelle	8

Principes directeurs pour la formation en ostéopathie

Diagnostic radiologique et imagerie clinique	18
Gynécologie et obstétrique	12
Dermatologie	20
Orthopédie et traumatologie	6
Etudes d'analyse de cas	9
Pédiatrie et prise en charge ostéopathique des enfants	12
Technique ostéopathique clinique appliquée	150
Gestion de l'exercice professionnel	50
Evaluation ostéopathique et gestion des patients	18

Exercice ostéopathique clinique

Exercice ostéopathique clinique étroitement encadré dans un(des) Environnement(s) clinique(s) adéquat(s)	470
---	-----

3. Problèmes de sécurité

Les praticiens ostéopathes ont la responsabilité de procéder au diagnostic des patients et de les adresser à des spécialistes le cas échéant, lorsque l'état d'un patient nécessite une intervention thérapeutique qui ne relève pas de la compétence du praticien. Il est également nécessaire de reconnaître les cas où les approches et les techniques spécifiques peuvent s'avérer contre-indiquées dans des situations particulières.

Les praticiens ostéopathes considèrent qu'une contre-indication du traitement manipulatif ostéopathique (TMO) sur une partie du corps ne constitue pas un obstacle à un traitement ostéopathique sur une partie différente de celui-ci. De même, la contre-indication d'une technique spécifique n'interdit pas la pertinence d'une technique de type différent sur le même patient. Les contre-indications absolues et relatives du traitement manipulatif ostéopathique (TMO) se fondent souvent sur la technique employée dans chaque situation clinique particulière.

Les contre-indications identifiées par la communauté des praticiens ostéopathes sont regroupées en fonction des techniques ostéopathiques envisagées : ces dernières peuvent être directes, indirectes, basées sur les fluides et/ou sur les réflexes (1). Les techniques directes comme l'énergie musculaire, le thrust et les manipulations articulaires, présentent des risques différents de ceux des techniques indirectes fondées sur les fluides et les réflexes. Il n'existe que peu de publications étayant le fait que certaines techniques doivent être évitées dans des situations spécifiques. Les praticiens ostéopathes utilisent leur connaissance de la physiopathologie de l'état du patient et du mécanisme d'action de la technique pour établir des contre-indications absolues et relatives plausibles sur le plan biologique. C'est sur cette base que la liste ci-dessous a été établie.

3.1 Contre-indications aux techniques directes

Les techniques directes peuvent utiliser le thrust, l'impulsion, la contraction musculaire, l'approche fasciale ou l'éventail des mouvements passifs pour parvenir à une réaction des tissus. Il est possible de les appliquer spécifiquement à une articulation ou à une plus grande partie du corps. Il arrive souvent qu'une partie du corps qui ne peut être traitée à l'aide d'une technique directe puisse l'être à l'aide d'une autre technique comme une technique indirecte basée sur les fluides ou les réflexes. Il existe des contre-indications absolues ou relatives aux techniques directes.

Etats systémiques qui constituent des contre-indications absolues aux techniques directes

- Soupçon de problèmes hémorragiques ;
- Temps de saignement prolongés ;
- Pharmacothérapie anticoagulante sans évaluation récente de niveau thérapeutique ;
- Anomalies de la coagulation ;

Principes directeurs pour la formation en ostéopathie

- Maladies congénitales ou acquises du tissu conjonctif qui a pour conséquence de compromettre l'intégrité des tissus ;
- Détérioration de l'intégrité des os, des tendons, des ligaments ou des articulations, susceptibles d'intervenir dans les troubles métaboliques, les maladies métastatiques et/ou les maladies rhumatoïdes.

Conditions systémiques qui constituent des contre-indications relatives aux techniques directes

- Ostéoporose
- Ostéopénie

Contre-indications absolues aux techniques directes appliquées spécifiquement localement

- Anévrisme aortique
- Blessures ouvertes, problèmes cutanés, chirurgie récente ;
- Hydrocéphalie aiguë
- Hydrocéphalie sans bilan diagnostique ;
- Hémorragie intracérébrale aiguë ;
- Ischémie cérébrale aiguë, même passagère ;
- Soupçon de malformation artério-veineuse cérébrale ;
- Anévrisme cérébral ;
- Douleur abdominale ;
- Cholécystite aiguë avec soupçon de fuite ou de rupture ;
- Appendicite aiguë avec soupçon de fuite ou de rupture ;
- Traumatisme crânien fermé aigu ou subaigu ;
- Hernie discale intervertébrale aiguë avec signes neurologiques progressifs ;
- Soupçon ou évidence de compromis vasculaire ;
- Soupçon de compromis artériel vertébral ;
- Malformation congénitale connue ;
- Syndrome aigu de la queue de cheval ;
- Implant de lentilles oculaires (période post-opératoire précoce) ;
- Glaucome non contrôlé ;
- Néoplasme ;
- Soupçon de compromis osseux comme l'ostéomyélite, la tuberculose osseuse, etc. ou le risque d'un tel compromis.

Contre-indications absolues aux techniques directes qui impliquent spécifiquement l'application locale d'un thrust ou d'une impulsion

- Technique spécifique appliquée au point de fixation chirurgicale interne de l'articulation ;
- Stabilité compromise de l'os ou de l'articulation, comme cela risque de se produire de façon focale en cas de néoplasme, de maladie métastatique, d'arthrite suppurante, d'arthrite septique, de maladies rhumatoïdes, d'ostéomyélite, de tuberculose osseuse, etc.

Problèmes de sécurité

- Fracture aiguë ;
- Hématome ou abcès osseux ou intramusculaire.

Contre-indications relatives aux techniques directes qui impliquent spécifiquement l'application locale d'un thrust ou d'une impulsion

- Hernie discale intervertébrale ;
- Tension locale des ligaments ;
- Traumatisme aigu d'accélération ou de décélération du cou.

3.2 Contre-indications aux techniques indirectes, basées sur les fluides, l'équilibrage ou les réflexes

Il est possible d'appliquer spécifiquement des techniques indirectes basées sur les fluides, l'équilibrage ou les réflexes ou non spécifiquement sur une plus grande partie du corps. Ces techniques n'engagent pas la barrière de restriction. Elle peuvent comprendre la charge ou la décharge des fascias et des tissus mous, des pressions hydrauliques, des phases de respiration et d'ajustement crânial ou postural, dans le cadre de l'application de la technique. Les contre-indications relatives aux techniques indirectes concernent en général, l'aspect clinico-temporel du problème.

Contre-indications absolues aux techniques indirectes, basées sur les fluides, l'équilibrage ou les réflexes, appliquées localement

- Hydrocéphalie aiguë sans bilan diagnostique ;
- Hémorragie cérébrale aiguë ;
- Accident vasculaire cérébral aigu ;
- Soupçon de malformation artério-veineuse cérébrale ;
- Anévrisme cérébral ;
- Soupçon de péritonite aiguë ;
- Appendicite aiguë ou autre maladie viscérale avec soupçon de fuite ou de rupture ;
- Traumatisme crânien fermé récent.

Contre-indications relatives à toute technique indirecte, basée sur les fluides, l'équilibrage ou les réflexes, appliquée localement

- Maladie métastatique ;
- Néoplasme ;
- Traumatisme crânien fermé.

Références

1. Gevitz N. *The Dos : Osteopathic Medicine in America / Ce qu'il faut faire : la Médecine Ostéopathe en Amérique*, 2^{ème} édition. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2004.
2. Trowbridge C. *Andrew Taylor Still 1828-1927*, 1^{ère} édition Kirksville, MO : the Thomas Jefferson University Press, 1991.
3. World Osteopathic Health Organization / Organisation mondiale ostéopathe de la Santé. *Osteopathic glossary/Glossaire ostéopathe*. (www.woho.org – accès du 19 avril 2008).
4. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine / Association américaine des Facultés de Médecine Ostéopathe. *Glossary of Osteopathic Terminology / Glossaire de terminologie ostéopathe*. (<http://www.aacom.org>, révisé en 2002).
5. Hruby TJ. Pathophysiologic models : aids to the selection of manipulative techniques / Modèles physiopathologiques : aide au choix de techniques manipulatives. *American Academy of Osteopathy Journal / Académie américaine de la revue d'ostéopathe*, 1991, 1(3) :8-10.
6. Rimmer KP, Ford GT, Whitelaw WA. Interaction between postural and respiratory control of human intercostal muscles/ Interaction entre le contrôle postural et respiratoire des muscles intercostaux de l'être humains ;. *Journal of Applied Physiology/ Revue de physiologie appliquée*, 1995, 79(5) :1556-1561.
7. Norré ME. Head extension effect in static posturography/Effet d'extension de la tête en posturographie statique. *Annals of Otolaryngology and Rhinology/Annales d'oto-rhino-laryngologie*, 1995, 104(7) :570-573.
8. Degenhardt BF, Kuchera ML. Update on osteopathic medical concepts and the lymphatic system / Mise à jour des concepts ostéopathiques médicaux associés au système lymphatique. *Journal of the American Osteopathic Association/Revue de l'association américaine d'ostéopathe*, 1996, 96(2) :97-100.
9. Donnerer J. Nociception and the neuroendocrine-immune system / La nociception et le système neuro-immuno-endocrinien. In : Willard FH, Patterson M, eds. *Nociception and the neuroendocrine-immune connection : Proceedings of the 1992 American Academy of Osteopathy International Symposium / La nociception et la connexion neuro-immuno-endocrinienne : travaux du symposium international de 1992 de l'Académie américaine d'Ostéopathe*. Indianapolis, American Academy of Osteopathy, 1992 :260-273.

10. Emrich HM, Millan MJ. Stress reactions and endorphinergic systems / Réactions au stress et systèmes endorphinergiques. *Journal of Psychosomatic Research / Revue de recherche psychosomatique*, 1982, 26(2) :101-104.
11. Ganong W. The stress response – a dynamic overview / La réaction au stress – un aperçu dynamique. *Hospital Practice / La pratique hospitalière*, 1988, 23(6) :155-158, 161-162, 167.

Principes directeurs pour la formation en ostéopathie

12. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Stress and immune function in humans / Le stress et la fonction immunitaire chez l'être humain. In. Ader R, Felton DL, Cohen N, Eds. *Psychoneuroimmunology / Psycho-neuro-immunologie*, 2^{ème} édition éd. San Diego. CA, Academic Press, 1991 :849-895.
13. McEwen BS. Glucocorticoid-biogenic amine interactions in relation to mood and behavior / Interactions de l'amine biogénique glucocorticoïde en relation avec l'humeur et le comportement. *Biochemical Pharmacology / Pharmacologie biochimique*, 1987, 36(11) :1755-1763.
14. Van Buskirk RL. Nociceptive reflexes and the somatic dysfunction : a model / Les réflexes nociceptifs et le dysfonctionnement somatique : un modèle. *Journal of the American Osteopathic Association / Revue de l'association américaine d'Ostéopathie*, 1990, 90(9) :792-794, 797-809.
15. Willard FH, Mokler DJ, Morgane PJ. Neuroendocrine-immune system and homeostasis / Système neuro-immuno-endocrinien et homéostasie. In : Ward RC, éd. *Foundations for osteopathic medicine / Fondements de la médecine ostéopathique*, 1^{ère} édition, Baltimore, Williams and Wilkins, 1997 :107-135.
16. Winter DA et al. Biomechanical walking pattern changes in the fit and healthy elderly / modification biomécanique du schéma de la marche chez les personnes âgées en bon état de santé. *Physical therapy / Thérapie physique*, 1990, 70(6) :340-347.

**Annexe 1 : Réunion consultative de l’OMS
sur l’Ostéopathie, Milan, Italie
26-28 février 2007 : liste des participants**

Participants

Dr Peter B Ajluni, Président de l’ Association américaine d’Ostéopathie (American Osteopathic association), Chicago, Etats-Unis d’Amérique

Monsieur Peter Arhin, Directeur du Directeurat de Médecine Alternative et Traditionnelle (Traditional and Alternative Medecine Directorate), Ministère de la Santé, Accra, Ghana.

Dr Iracema de Almeida Benevides, Consultant et conseiller médical, Politique nationale de Pratiques Intégratives et Complémentaires (National Policy of Integrative and Complementary Practices), Ministère de la Santé, Brasilia, Brésil

Dr Boyd Buser, Doyen et Vice-Président, Services de Santé (Interim), UNECOM, Biddeford, Maine, Etats-Unis d’Amérique (Co-Rapporteur)

Dr Jane E. Carreiro, Professeur associé et Présidente, Département de médecine manipulative Ostéopathique, Faculté de Médecine Ostéopathique, Université de Nouvelle-Angleterre (Department of Osteopathic Manipulative Medecine, College of Osteopathic Medicine, university of New England), Biddeford, Maine, Etats-Unis d’Amérique (Co-Rapporteur)

Monsieur Nigel Clarke, Président, Conseil général d’Ostéopathie (General Osteopathic council), Londres, Royaume Uni

Monsieur Etienne Cloet, Principal, Sutherland College, Heuvelland, Belgique

Dr Saverio Colonna, Président, Association des médecins Ostéopathes (Association of Osteopathic Physicians), Zola Predosa, Italie

Madame Madeleine Craggs, Directrice générale et Conservateur, Conseil général d’Ostéopathie (General Osteopathic Council), Londres, Royaume Uni

Monsieur John Crosby, Directeur général, Association américaine d'Ostéopathie (American Osteopathic Association), Chicago, Illinois, Etats-Unis d'Amérique

Monsieur Vince Cullen, Chef de développement, Conseil général d'Ostéopathie, Londres, Royaume Uni

Dr Kilian Dräger, Président, Société allemande des Médecins Ostéopathes (German Physicians Society for Osteopathy), Hambourg, Allemagne

Principes directeurs pour la formation en ostéopathie

Dr Raimund Engel, Forum pour la réglementation de l'Ostéopathie en Europe (Forum for Osteopathic Regulation in Europe – FORE), c/o Wiener Schule für Osteopathie, Vienne, Autriche

Professeur Ferruccio ferrario, Doyen, Faculté de médecine et de chirurgie (Medicine and Surgery Faculty), Université d'état de Milan, Milan, Italie

Dr Armand Gersanois, Président, Fédération Européenne des Ostéopathes (European Federation of Osteopaths), Strasbourg, France

Dr Léon Ranaivo-Harimanana, Directeur, Département de recherche clinique du Centre National d'Application des Recherches Pharmaceutiques, Antananarivo, Madagascar

Dr Mona M. Hejres, Directeur de l'éducation médicale, Office de l'homologation et de la qualification (Office of Licensure and registration), Ministère de la Santé, Manama, Royaume de Barhein.

Dr Augusto Henriques, Représentant de l'Ostéopathie, Commission officielle interministérielle portugaise d'étude et de proposition d'une réglementation en matière d'Ostéopathie (Official portuguese interMinisterial Commission to Study and Propose the Regulation os Osteopathy), Oledo, Portugal

Dr Kenneth H. Johnson, Doyen associé, Affaires cliniques (Clinical Affairs), Université de Nouvelle Angleterre, Faculté de médecine ostéopathique (College of osteopathic Medicine), Biddeford, Maine, Etats-Unis d'Amérique

Dr John Licciardone, Centre de recherche ostéopathique (Osteopathic Research Center), Université du Texas Nord, Centre de Sciences de la Santé (Health Science Center), Fort Worth, Texas, Etats-Unis d'Amérique

Dr Alfonso Mandara, Directeur, Haut Institut d'ostéopathie (Hisgh Institute of Osteopathy, Milan, Italie

Madame Linda L. Mascheri, directrice, Division du gouvernement d'état et des affaires internationales (Division of State Government & international Affairs), Association américaine d'Ostéopathie (American Ospeopathic Association), Chicago, Illinois, USA

Professeur Emilio Minelli, Centre collaborateur de l'OMS pour la médecine traditionnelle (WHO Collaborating Centre for Traditional Medicine), Centre de recherche en bioclimatologie, biotechnologies et médecine naturelle (Centre of Research in Bioclimatology, Biotechnologies and Natural Medicine), Université d'état de Milan, Milan, Italie

Annexe 1

Dr Dmitry Mokhov, Président, Registre des Ostéopathes de Russie (Register of Osteopaths of Russia, Saint-Petersbourg, Fédération Russe

Madame Marianne Montmartin, Comité des affaires internationales (International Affairs Committee), Registre des Ostéopathes de France, Mérignac, France

Dr Mahmoud Mosaddegh, Doyen, Centre de recherche sur la médecine traditionnelle et la materia medica (Traditional Medicine and Materia Medica Research Center), Université des sciences médicales Shahid Beheshti, Téhéran, République islamique d'Iran

Dr Michael Mulholland-Licht, Président, Organisation mondiale ostéopathique de la Santé (World Osteopathic Health Organization), Balgowlah, Australie

Dr Ray Myers, Directeur, Discipline Ostéopathie, Ecole des Sciences de la Santé, Portefeuille de génie et de technologie scientifiques (Discipline of Osteopathy, School of Health Sciences, Portfolio of Science engineering and Technology), RMIT University, Victoria, Australie (Co-Président)

Dr Reza Nassiri, Professeur et Président, Département de pharmacologie clinique, Directeur des affaires internationales, Faculté du lac Erié de médecine ostéopathique (Department of clinical pharmacology, Director of International Affairs, Lake Erie College of Osteopathic Medicine) Erié, Pennsylvanie, Etats-Unis d'Amérique

Dr Suzanne Nordling, Présidente, Comité nordique de coopération pour la médecine non conventionnelle, Comité pour la médecine alternative (Nordic Co-operation Committee for Non-conventional Medicine, Committee for Alternative Medicine), Sollentuna, S-191, Suède (Co-présidente)

Dr Vegard Nore, Conseiller principal, Directorat norvégien pour la santé et les affaires sociales, Département des Services de Santé Communautaires (Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, Department for Community Health Services), Oslo, Norvège

Madame Emma-Jane Roberts, Rivonia, Geautang, Afrique du Sud

Professeur Umberto Solimene, Directeur, Centre collaborateur de l'OMS pour la médecine traditionnelle, Centre de recherche en Bioclimatologie, en Biotechnologies et en médecine naturelle (WHO collaborating Centre for Traditional Medicine, Centre of Research in

Bioclimatology , Biotechnologies and Natural Medicine), Université d'état de Milan, Milan, Italie

Dr Clive Standen, Directeur associé, Ecole de la santé et des études communautaires (School of Health & Community Studies), Unitec, Auckland, Nouvelle Zélande

Dr Olga Steggerda, Membre du Registre Russe des Ostéopathes (Russian Register of Osteopaths), Riga, Latvie

Principes directeurs pour la formation en ostéopathie

Monsieur Philippe Sterlingot, Président, Syndicat Français des Ostéopathes, Nantes, France

Dr Yong-Jun Wang, Directeur, Département d'Orthopédie (Orthopaedics Department), Hôpital Longhua, Université de Shanghai de Médecine Chinoise Traditionnelle (Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine), Shanghai, Chine

Monsieur Michael Watsin, Directeur Général, Association Britannique d'Ostéopathie (British Osteopathic Association), Luton, Royaume Uni

Dr Ingunn Backe Wennberg, Président, Norsk Osteopat Forbund, Drammen, Norvège

Dr Monica Wong Man-ha, Directrice de la Médecine et des Soins, Ministère de la Santé (Principal Medical and Health Officer, Department of Health), Wanchai, Hong Kong SAR Chine

Secrétariat local

Dr Simon Andrew Duncan, Président, Union Européenne d'Ostéopathie (European Osteopathic Union, Biella, Italie

Secrétariat de l'OMS

Dr Samvel Azatyan, Cadre Technique, Département de Coopération Technique pour les Médicaments Essentiels et la Médecine Traditionnelle, Organisation mondiale de la Santé (Department of Technical Cooperation for Essential Drugs and Traditional Medicine, World Health Organization), Genève, Suisse

Dr Xiaorui Zhang, Coordonnateur, Médecine Traditionnelle, Département de Coopération Technique pour les Médicaments Essentiels et la Médecine Traditionnelle, Organisation mondiale de la Santé (Department of Technical Cooperation for Essential Drugs and Traditional Medicine, World Health Organization), Genève, Suisse