

Rapport de Mission

OSTEOPATHIE CHIROPRAxie

*Rapport présenté par le
Professeur Bertrand LUDÉS*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4-7
1. OSTEOPATHIE	
1.1. Définition de l'ostéopathie et définition des compétences	8
1.2. Le concept de l'ostéopathie	8
1.3. Le traitement ostéopathique	9
1.4. Les compétences	9
1.4.1. Définition des compétences	9
1.4.2. Compétences	9-10
1.5. Contre-indications	11-12
1.6. Sinistralité	12-14
2. CHIROPRACTIE	
Spécificités chiropratiques	15
2.1 Définition	15
2.1 Champ des compétences	15
2.1 Concept	15-16
2.1 Techniques	16
3. ESSAI D'ETABLISSEMENT D'UNE LISTE DES ACTES EN OSTEOPATHIE POUR LES OSTEOPATHES EXCLUSIFS	
3.1. Introduction	17
3.2. Liste des actes	17-18
4. CURSUS D'OSTEOPATHIE	
4.1 Enseignements	19
4.2 Contrôle des connaissances	20
4.3 Les passerelles	20
5. AVIS DES PROFESSIONS DE SANTE	
5.1 Avis de l'Académie de Médecine	21
5.2 Avis des Médecins ostéopathes	22-25
5.3 Avis des Masso-Kinésithérapeutes ostéopathes	25-27
6. CONCLUSIONS	28-31
ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE	32-34

LETTRE DE MISSION



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

CAB FB/FR – Me. D. 05-14843

Paris, le **15 DEC. 2005**

Monsieur le Doyen,

L'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pose le principe d'une reconnaissance de l'usage du titre d'ostéopathe et de chiropracteur.

Je souhaite que les textes d'application de cet article soient élaborés.

A ce titre, je vous précise mon intention de réunir le groupe de travail constitué en 2003 sur ce dossier et je vous demande de bien vouloir continuer à assurer la présidence de ce groupe.

Je souhaite que les travaux du groupe soient guidés par le souci de garantir une sécurité des soins aux patients.

Je vous propose en terme de méthodologie de guider les travaux du groupe en suivant les quatre étapes suivantes :

- détermination des activités à partir du projet de décret excluant les actes dangereux,
- définition des compétences liées à ces activités,
- identification des connaissances nécessaires à ces compétences,
- établissement d'un programme de formation.

Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de santé devra être consultée sur les dispositions réglementant l'ostéopathie et la chiropraxie. De plus, elle élabore actuellement des recommandations de bonnes pratiques. Aussi, j'invite le groupe de travail à se rapprocher de la Haute Autorité.

Je vous précise que vous pourrez trouver également un appui technique et méthodologique auprès de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et de la Direction Générale de la Santé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Doyen, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Bien à vous,

Xavier BERTRAND

Monsieur Bertrand LUDES
Doyen de la Faculté de Médecine
UNIVERSITE LOUIS PASTEUR
4 rue Blaise Pascal
67070 Strasbourg Cedex

*14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. (33) 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr*

INTRODUCTION

Par lettre en date du 15 décembre 2005, le Ministre de la Santé et des Solidarités m'a confié, en tant que Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg, une mission d'études et de propositions touchant au principe d'une reconnaissance de l'usage du titre d'Ostéopathe et de Chiropraticien en accord avec l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de Santé.

1. Objet de la mission :

La mission qui m'était confiée proposait en termes de méthodologie de répondre aux interrogations suivantes :

- déterminer les activités à partir du projet de décret excluant les actes dangereux, de définir les compétences liées à ces activités,
- identifier les connaissances nécessaires à ces compétences en fin d'établir un programme de formation.

2. La méthodologie suivie :

Compte tenu des questions posées et des difficultés rencontrées lors de réunions ayant eu lieu en 2003 et en 2004 regroupant l'ensemble des professionnels concernés par la reconnaissance de l'usage de titre d'ostéopathe ou de chiropracteur, j'ai souhaité conduire cette mission en plusieurs étapes en réunissant successivement les différents professionnels.

Les professionnels n'étant ni médecins, ni masseurs-kinésithérapeutes sont dénommés ostéopathes à exercice exclusif.

Lors de la première étape j'ai rencontré les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs (n'étant ni médecins, ni masso-kinésithérapeutes) pour définir notamment les compétences liées aux actes d'ostéopathie et de chiropraxie et d'essayer de déterminer les activités de ces professions et d'identifier les actes dangereux.

L'étude de ces deux premiers points (définition de l'ostéopathie et de la chiropraxie, recensement des compétences) a été l'objet de la réunion du 1er février 2006, avec les personnes suivantes :

- Pr. Bertrand Ludes, Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
- M. Thierry Devaurs (S.N.O.F.)
- M. Philippe Fleuriau (A.F.C.)
- M. Michel Sala (A.F.O.)
- M. Philippe Sterlingot (S.F.D.O.)
- M. Alain Bedouet (I.N.F.O.)
- M. Michel Coquillat (CadF)
- M. Armand Gersanois (U.F.O.F.)

Lors de la deuxième étape, je me suis intéressé à définir un cursus en identifiant les connaissances nécessaires à l'exercice de ces compétences afin d'établir un programme de formation.

Les résultats ont été soumis et confrontés à l'opinion du groupe précédemment cité, le jeudi 18 mai 2006 à Strasbourg avec :

- Pr. Bertrand Ludes, Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
 - M. Philippe Fleuriau (A.F.C.)
 - M. Michel Sala (A.F.O.)
 - M. Philippe Sterlingot (S.F.D.O.)
 - M. Alain Bedouet (I.N.F.O.)
 - M. Michel Coquillat (CadF)
 - M. Armand Gersanois (U.F.O.F.)
- M. Thierry Devaurs (S.N.O.F.) excusé
Observateur: M. Camille Gossard (Collège ostéobio - SEMEV)

Une rencontre avait eu lieu le jeudi 9 mars 2006 avec Monsieur Pascal Javerliat (Président du Registre des ostéopathes de France ROF) et Madame Marianne

Montmartin pour recueillir l'avis du Registre des ostéopathes de France au sujet des compétences nécessaires à l'usage du titre d'ostéopathe.

Parallèlement à ces rencontres, le Professeur Francis Brunelle, conseiller technique du Ministre, a organisé une réunion le mardi 14 mars au ministère avec les professionnels et une réunion plénière le mardi 25 avril 2006 pour recueillir les avis des différents organismes représentatifs des praticiens quant au projet de décret remis sur table le 25 avril (voir projet ci-après). La liste des participants est citée en annexe n° 1.

Les autres réunions qui se sont tenues en ma présence sont les suivantes :

- Réunion à Strasbourg, le 2 juin 2006, avec Monsieur Jallais et les étudiants (Messieurs Schmitt et Beluzza) pour évoquer la formation.

- Réunion le 20 juin 2006 à Paris, lors d'une réunion du Bureau de la Conférence des Doyens, avec, représentant les masseurs kinésithérapeutes, Messieurs Cottret et Paparemborde.

Syndicat **N**ational des **I**nstituts de **F**ormation en **M**asso-**K**inésithérapie

- Réunion à Paris avec les masseurs kinésithérapeutes et les médecins ostéopathes, le 19 juillet 2006. Participants : MM. Baillargeat Marc, Burel Bruno, Cottret Yves, Couratier René, Requier Pierre, Ludes Bertrand.

Excusés : Mme Rusticoni Fanny (FFMKR), MM. Lapoumeroulie Jacques, Pastor Eric, Vautravers Philippe.

Dans un souci d'efficacité, la méthodologie a été voulue en plusieurs étapes permettant de recueillir l'avis des différents professionnels, les uns auprès des autres, pour éviter les oppositions frontales non constructives.

PROJET de décret présenté, le 25 avril 2006.

PROJET DE DECRET OSTEOPATHIE ET CHIROPRACTIE

Décret n° du relatif aux actes professionnels et à l'exercice de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,
Vu la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, notamment son article 75 ;
Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 4161-1 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;

Décrète :

Art. 1^{er} - L'ostéopathie et la chiropraxie regroupent un ensemble de pratiques manuelles ayant pour seul but de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion de la prise en charge des fractures et des pathologies organiques nécessitant une intervention chirurgicale, une thérapie médicamenteuse ou un traitement par agents physiques, ou des symptômes justifiant d'examens complémentaires.

Art. 2 - L'ostéopathe et le chiropracteur sont habilités, sur ces troubles fonctionnels, à pratiquer des actes de manipulations et mobilisations directes et indirectes non-forcées.

Art. 3 - Ces professionnels ne sont pas habilités à réaliser les actes suivants :
- manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de 6 mois ;
- manipulations du rachis cervical ;
- manipulations gynéco-obstétricales chez la femme enceinte ;
- toucher pelvien ou rectal

Art. 4- L'ostéopathe et le chiropracteur se doivent d'orienter le patient vers un médecin compétent dès lors qu'il y a un doute sur l'origine des symptômes présentés par la personne, une aggravation ou une modification de ceux-ci, ou que les troubles à traiter excèdent leur champ de compétence.

Art.6 – Le ministre de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le

Par le Premier ministre,
Dominique de Villepin

Le ministre de la santé et des solidarités
Xavier Bertrand

1. OSTÉOPATHIE.

Selon les ostéopathes, à exercice exclusif.

1.1. DEFINITION DE L'OSTÉOPATHIE ET DEFINITION DES COMPETENCES.

L'ostéopathe se définit par une pratique exclusivement manuelle dont le but est de pallier aux dysfonctionnements de mobilité des tissus du corps humain. Pour la réalisation de l'acte, l'ostéopathe recherche le dysfonctionnement de mobilité tissulaire par un diagnostic ostéopathique dit «spécifique» qui se définit comme une recherche de la lésion fonctionnelle tissulaire.

La lésion fonctionnelle tissulaire ou « dysfonction ostéopathique » au sens large est caractérisée par une modification de mobilité des tissus où quelle soit, et réversible par une manipulation appropriée.

Le diagnostic ostéopathique spécifique établit un lien entre l'anatomie de la structure à mobilité perturbée, la physiopathologie de la fonction perturbée et l'expression du trouble fonctionnel.

Cette prise en charge comporte deux volets :

- un diagnostic positif de cette perte de mobilité,
- un diagnostic d'exclusion.

1.2. LE CONCEPT DE L'OSTÉOPATHIE.

Le concept de l'ostéopathie est donc la recherche de dysfonctionnement de mobilité de tissus du corps humain et la restauration de celle-ci.

Ce concept est basé sur les éléments suivants :

- l'état de santé modifié par une altération persistante de la mobilité tissulaire,
- l'action ostéopathique peut s'exercer localement ou à distance de la région symptomatique.

1.3. LE TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE.

Le traitement ostéopathique vise à réduire l'altération de la mobilité des tissus du corps humain localement ou à distance, concernant notamment les tissus conjonctifs et aponévrotiques au sein des systèmes locomoteurs et neuro-végétatifs.

1.4. LES COMPÉTENCES.

1.4.1. Définition des compétences.

Le champ des compétences, tel qu'il est présenté par les ostéopathes exclusifs comporte une prise en charge quantitative et qualitative du dysfonctionnement détecté chez un sujet.

Cette prise en charge comporte, à ses différents stades, un diagnostic d'exclusion et un diagnostic positif pour assurer la sécurité du patient.

Les manœuvres ostéopathiques ne dépassent jamais les limites anatomo-physiologiques de l'articulation et ces actes sont différents des manipulations vertébrales pratiquées par des médecins et définies dans le rapport de l'Académie de Médecine. En effet, les manipulations exécutées sont des mouvements forcés de l'articulation, au-delà de leur jeu physiologique.

1.4.2. Compétences.

L'évaluation de la restriction de la mobilité se fait toujours par comparaison avec le côté opposé. Le traitement se fait par une réponse manuelle non forcée au diagnostic ostéopathique, ce geste spécifique est contrôlé. Il restaure la mobilité du ou des mouvements perturbés dans la limite des amplitudes physiologiques et restaure les qualités fonctionnelles des tissus mous.

Les ostéopathes exclusifs devraient être en mesure :

- d'exercer leur activité de manière autonome, responsable et interdisciplinaire selon les connaissances les plus récentes de la science et de la technique et en tenant compte des aspects tant éthiques qu'économiques ;
- d'analyser, d'évaluer de manière critique et de mettre en œuvre les informations et les résultats de recherche issus de leur domaine ;

- de communiquer de manière objective et ciblée avec leur patient et toute autre personne impliquée, en particulier sur les résultats obtenus et leur interprétation ;
- de prendre en charge les patients en collaboration avec d'autres professionnels ;
- de prendre en considération les compétences d'autres professions de santé reconnues ;
- de reconnaître et de respecter les limites du traitement ostéopathique.

Ces professionnels devraient donc en particulier être aptes à :

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

En outre, ils doivent posséder les connaissances indispensables à l'exercice de leur profession sur les structures fondamentales et les mécanismes de fonctionnement du corps humain, du niveau moléculaire jusqu'à l'organisme entier dans toutes les phases de développement, en couvrant tout l'éventail de l'évolution, de l'état sain à l'état morbide.

Ces professionnels revendiquent la possibilité d'être consulté directement par la population, sans prescription médicale. Ils précisent les contre-indications à leur prise en charge thérapeutique.

1.5. CONTRE-INDICATIONS.

1. Contre-indications absolues au traitement ostéopathique :

- Absence de consentement du patient,
- Praticien ne pouvant déterminer la qualité des tissus du patient, quelles qu'en soient les raisons.

2. Contre-indications aux techniques directes :

2.1. - Absolues

2.1.1. En raison d'une maladie systémique

- Maladies provoquant une fragilité des tissus osseux, ligamentaires, tendineux, conjonctif, artériel, veineux ...
- Hémorragies, hémophilie, augmentation du délai de coagulation, phlébite.

2.1.2. En raison d'une fragilité locale

- Pathologies des parois ou obstruction artérielle ou veineuse diagnostiquée ou suspectée.
- Traumatisme récent non bilanté
- Accidents vasculaires cérébraux, hydrocéphalie, hématomes extra ou sous duraux
- Glaucome non contrôlé
- Cholécystite aiguë
- Appendice aiguë, péritonite
- Néphrite aiguë
- Processus néoplasique
- Hernie discale aiguë avec signes neurologiques.

2.1.3. Spécifiques aux techniques à haute vitesse et faible amplitude

- Appareillage d'ostéosynthèse
- Instabilité articulaire
- Hématome et autres épanchements

2.2. - Relatives

- Squelette fragile : personnes âgées, ostéoporose, ostéopénie
- Squelette non mature : pré- pubères, ostéochondroses

3. Contre-indications aux techniques indirectes :

3.1. - En raison d'une fragilité locale

- Pathologies des parois ou obstruction artérielle ou veineuse diagnostiquées ou suspectées.
- Hémorragies, hémophilie, augmentation du délai de coagulation, phlébite.
- Traumatisme récent n'ayant pas été investigué

- Accidents vasculaires cérébraux, hydrocéphalie, hématomes extra sous duraux ou intra cérébraux,
- Cholécystite aiguë
- Appendicite aiguë, péritonite
- Néphrite aiguë
- Processus néoplasiques

1.6. SINISTRALITE.

Une étude des déclarations de sinistre auprès du GAMM (sous-médicale des médic-assurances), de Groupama et d'Axa ont permis, selon une étude du Docteur Michel de Rougement (expert près la Cour d'Appel de Lyon) de comptabiliser un certain nombre de mise en cause de la responsabilité du professionnel.

L'examen des accidents de manipulation vertébrale ayant fait l'objet d'une réclamation auprès du GAMM et d'Axa entre 1996 et 2003 mettait en évidence que 20 dossiers dans ce contexte ont été étudiés pour cette période et que parmi eux, 9 ont été classés sans suite et ceci sans qu'aucune expertise ne soit diligentée.

5 dossiers ont été classés sans suite après une expertise judiciaire.

Dans 4 dossiers, la responsabilité du praticien a été retenue : dans un cas après expertise amiable et dans 3 cas après expertise judiciaire. Enfin deux dossiers étaient encore en cours lors de la consultation de ces documents.

La responsabilité professionnelle a été retenue à deux reprises à l'encontre de masseurs-kinésithérapeutes.

Les motifs de la plainte, dans le cas où la responsabilité a été retenue, étaient :

- des fractures de côtes considérées comme imputables à la manipulation par un médecin,
- dissection des deux artères vertébrales pour laquelle a été retenu le manque de diligence du médecin quant à l'interprétation des phénomènes douloureux présentés par la patiente,
- une sciatgie droite et une névralgie cervico-brachiale considérées comme imputables à la manipulation du kinésithérapeute.

Une autre étude a été effectuée par le Docteur Michel de Rougement portant sur les accidents vasculaires survenus à l'occasion de manipulations vertébrales et ayant fait l'objet d'une réclamation auprès du GAMM et de Groupama Axa, entre juillet 1988 et 2003.

Sur 6 dossiers concernant des médecins vertébrothérapeutes qualifiés, généralistes ou spécialistes, libéraux ou hospitaliers qui ont fait l'objet d'une réclamation, un dossier a donné lieu à une indemnisation du patient ; un de ces 6 dossiers concerne un ostéopathe exclusif libéral, pratiquant l'ostéopathie de manière exclusive, dont la décision de justice n'est pas connue.

Dans une autre étude du Docteur Michel de Rougement pour des accidents de manipulation vertébrale, ayant fait l'objet d'une réclamation auprès du GAMM et de Groupama Axa entre 1988 et 1995, 19 dossiers pour cette période ont fait l'objet d'une réclamation.

Parmi ces 19 dossiers, 11 ont été classés sans suite, sans demande d'expertise, un a été classé sans suite après expertise amiable et 7 ont été classés sans suite après expertise judiciaire.

Un dossier n'a pas fait l'objet d'indemnisation alors que la responsabilité du praticien était retenue sans expertise, un autre dossier n'a pas été indemnisé après une responsabilité du praticien non retenue après expertise judiciaire ; 4 dossiers ont vu les victimes indemnisées, deux avec responsabilité retenue du praticien après expertise judiciaire et deux après expertise amiable.

La responsabilité a été retenue six fois après expertise judiciaire et a concerné 4 médecins et 2 kinésithérapeutes.

4 indemnisations sont intervenues et les motifs des plaintes ont été :

- une entorse C1-C2 après une manipulation cervicale pratiquée sans bilan neurologique et radiologique et sans information du patient.
- la persistance d'une cervicalgie après une manipulation sans bilan radiologique préalable chez un patient souffrant d'une fracture luxation récente C6 – C7, traitée secondairement chirurgicalement avec évolution favorable.
- une sciatique après une manipulation lombaire avec la nécessité conflit disco-radulaire.
- aggravation d'une sciatique après une manipulation lombaire avec la nécessité d'une intervention pour dissectomie puis arthrolyse avec une évolution favorable
- survenue d'une sciatique après une manipulation lombaire avec la nécessité d'une nucléolyse en raison d'un conflit disco-radulaire avec une évolution favorable.

(Annexe 2)

Remarque importante :

Il convient d'insister sur le fait que ces études ne tiennent pas compte des complications secondaires à des prises en charges d'ostéopathes à usage exclusif, qui ont dû être traitées par la suite par des médecins spécialistes et qui n'ont pas été signalées en tant que sinistres aux compagnies d'assurance. Les études concernant la sinistralité sont donc, de fait, incomplètes quant au recensement des complications.

Remarques : ces compagnies d'assurance assurent la responsabilité civile d'environ 1000 médecins. (15 % de spécialistes en rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelle et 85 % de généralistes vertébrothérapeutes), 800 ostéopathes et 12 000 kinésithérapeutes pour l'année 2002.

1.7. DONNEES EUROPEENNES.

Au plan européen, la profession d'ostéopathe (à exercice exclusif) est fonction de chaque pays :

- En Grande-Bretagne la profession a été reconnue par une loi en juillet 1993 (Osteopath's Act). Les praticiens sont consultants de 1ère intention et la discipline est considérée comme un métier de la santé. Le General Osteopathic Council est un organisme comparable à un conseil de l'ordre indépendant tout comme le General Medical Council (Ordre National des Médecins).
- Aux Pays-Bas une loi a été adoptée en 1994 (Big-Wet), autorisant la pratique de l'ostéopathie.
- En Belgique la pratique de l'ostéopathie est légale depuis la loi de 1999 (Marcel Colla), sur l'art de guérir. Les ostéopathes y ont le statut de professionnels de la santé.
- En Suisse une Commission Intercantonale de Reconnaissance de l'Ostéopathie a été formée en 2000-2001, les travaux de ce groupe ont conclu à la spécificité de l'ostéopathie et à son appartenance au domaine de la santé.
- En Espagne et au Portugal ont été fondés des post-gradués en ostéopathie.
- En Italie la profession est sur le point d'être affiliée au secteur des Médecines non conventionnelles.

Dans tous ces pays les études ont sensiblement la même durée (5 à 6 ans au minimum) et sont dispensées dans des unités d'enseignement non incluses dans les circuits de la kinésithérapie ou de la médecine.

2. CHIROPRACTIE.

SPECIFICITES LIEES A LA CHIROPRACTIE.

2.1. DEFINITION.

La chiropraxie se définit par une pratique manuelle dont le but est le diagnostic, le traitement et la prophylaxie des perturbations fonctionnelles, des syndromes douloureux et autres effets neurophysiologiques en relation avec les troubles de la biomécanique de l'ensemble des structures du corps humain et en particulier de la colonne vertébrale et du bassin.

2.2. CHAMP DE COMPETENCES.

Le chiropraticien intervient sur l'ensemble de l'appareil neuro-musculo-squelettique, ou tout autre tissu en rapport, par des ajustements articulaires spécifiques (corrigeant toute altération biomécanique) principalement sur le rachis, le bassin et les articulations périphériques.

L'accès direct par la population au chiropraticien est aussi revendiqué par ces professionnels.

2.3. CONCEPT.

L'acte chiropratique central est l'ajustement chiropratique. Celui-ci consiste en une manipulation spécifique d'une articulation vertébrale ou périphérique.

Cette normalisation s'accomplit à l'intérieur des variations physiologiques normales de l'articulation (respectant les limites imposées par la conservation de l'intégrité anatomique) et a pour but de permettre à l'appareil musculo-squelettique et au système neuro-végétatif de fonctionner de la façon la plus harmonieuse et de rendre au corps toutes ses possibilités d'adaptation rapide aux stimuli extérieurs.

L'acte chiropratique est posé après examen du patient, en vue de distinguer les dysfonctionnements dont il est atteint et de juger des indications et contre-indications éventuelles du traitement ; cette démarche implique la mise en évidence d'un diagnostic nosologique, différentiel, positif et d'exclusion.

2.4. TECHNIQUES.

Les techniques utilisées par les chiropraticiens lors de ces visites peuvent se diviser en deux groupes :

- Les techniques d'évaluation :
 - anamnèse
 - auscultation/palpation
 - examen de l'appareil locomoteur et neurologique
 - examen physique et palpation chiropratique
 - prise de connaissance des examens para cliniques.

- Les techniques de traitement comportent :
 - les techniques enseignées dans les institutions chiropratiques
 - les mesures d'accompagnements élémentaires

Buts recherchés :

- curatif : récupération la plus complète et définitive face à des pertes fonctionnelles, avec disparition des éventuels syndromes douloureux, dans un plan de traitement court.
- palliatif : maintien de possibilités d'autonomie optimale en cas d'atteintes invalidantes ou chroniques, dans le cadre d'un traitement suivi dans la durée.

Le chiropraticien n'utilise jamais de manœuvres dites de force, et ne dépasse jamais les limites anatomo-physiologiques de l'articulation.

3. ESSAI D'ETABLISSEMENT D'UNE LISTE DES ACTES EN OSTÉOPATHIE POUR LES OSTÉOPATHES EXCLUSIFS.

3.1. INTRODUCTION.

Compte tenu de la définition donnée à l'ostéopathie et à la chiropraxie, il est difficile de pouvoir, en l'état, déterminer une liste précise des actes.

Toutefois, ce traitement ostéopathique qui a pour but de restaurer la physiologie tissulaire par les techniques manuelles les plus adaptées fait appel aux techniques structurelles, fonctionnelles, faciales et dites «d'énergie musculaire». Il devrait s'appliquer principalement à l'appareil locomoteur.

3.2. LISTE DES ACTES.

L'Appareil locomoteur

Bassin : Tests et normalisation manuelle :

- de la mobilité tissulaire et des dysfonctions :
 - sacro iliaque
 - lombo sacrée
 - symphyse pubienne
 - sacro coccygienne

Colonne vertébrale : Tests et normalisation manuelle :

- de la mobilité tissulaire et des dysfonctions :
 - du rachis lombaire
 - du rachis dorsal
 - du rachis cervical bas
 - du rachis cervical haut.

Membre inférieur : Tests et normalisation manuelle

- de la mobilité tissulaire et des dysfonctions :
 - de l'articulation coxo-fémorale
 - des articulations du genou
 - des articulations de la cheville
 - des articulations du pied

Membre supérieur : Tests et normalisation manuelle :

- de la mobilité tissulaire et des dysfonctions
- des articulations de l'épaule
- des articulations du coude
- des articulations du poignet
- des articulations de la main

Thorax :

Tests et normalisation manuelle de la mobilité tissulaire et des dysfonctions des :

- articulations costo vertébrales
- articulations sterno claviculaires
- articulations costo sternales
- articulations sterno sternales

Face :

Tests et normalisation manuelle :

- de l'articulation temporo mandibulaire
- des muscles et des aponévroses de la face
- des muscles de l'œil
- des muscles de l'appareil manducateur

Intra buccal : tests et normalisation manuelle :

- des muscles du plancher buccal
- des muscles de l'appareil manducateur
- du voile du palais

Viscères du cou :

Tests et normalisation manuelle :

- plans de glissement : espace rétropharyngien
- moyens d'union : lames sagittales
- muscles et aponévroses de la région antéro latérale du cou et du plancher buccal

Plans de glissement : loges rétro péritonéales latérales et sous péritonéales.

Moyens d'union : loge aponévrotique reno-surrénale et les ligaments du petit bassin

Muscles de la paroi pelvienne et du tronc.

4. CURSUS D'OSTEOPATHIE.

4.1 ENSEIGNEMENTS.

Sciences fondamentales	ECTS
Anatomie/ biomécanique	= 27
Physiologie	= 10
Biochimie et génétique	= 6
Biologie cellulaire	= 5
Histologie	= 4,5
Embryologie	= 2,5
Sciences humaines et sociales	= 6
Biophysique et mathématiques	= 6
Biostatistique	= 2
Economie de la Santé	= 1
Sous-total	70
Sciences pré-cliniques	
Physio-pathologie	= 21
Langues	= 18
Secourisme	= 6
Séméiologie	= 16
Psychologie	= 13
Pharmacologie	= 4
Sous-total	78
Enseignements spécifiques	
Ostéopathie et chiropraxie	
Approche palpatoire ostéo et anatomie sur le vivant	= 24
Techniques et sciences ostéopathiques	= 34
Stages cliniques ostéopathiques avec participation aux consultations	= 78
Pathologies	= 10
Cas cliniques et démarche ostéopathique	= 36
Responsabilité professionnelle - Déontologie	= 5
Examens complémentaires	= 5
Rédaction mémoire	= 15
Gestion cabinet	= 5
Sous total	212
TOTAL	360

4.2. LE CONTROLE DES CONNAISSANCES COMPORTE :

- un contrôle continu dans les différentes matières,
- un contrôle des connaissances annuel sur toutes les matières enseignées,
- un examen de synthèse clinique ostéopathique de fin de 5^{ème} année,
- un examen de compétences cliniques et un examen de pratiques ostéopathiques,
- une soutenance du mémoire et validation de la pratique ostéopathique exercée lors des stages, en fin de 6^{ème} année.

4.3. LES PASSERELLES.

Le cursus décliné dans le chapitre précédent permet à des médecins de pouvoir obtenir le titre en acquérant de 60 à 180 ECTS suivant la spécialité médicale dont ils sont issus, (médecine générale, rhumatologie ou médecine physique et de réadaptation). Les enseignements dont ils ont bénéficié pendant leur cursus initial, 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} cycles, seraient validés comme équivalent d'ECTS. Ils resteraient à acquérir, par ces professionnels, une partie des ECTS de la catégorie spécifique relevant de la pratique de l'ostéopathie.

Pour les masso-kinésithérapeutes, selon le cursus proposé, ils auraient à valider de 180 à 240 crédits, sachant que leur cursus initial leur permettrait également d'avoir une validation d'ECTS à la hauteur de leurs acquis. Là encore, des éléments d'enseignement pré-cliniques, notamment de biomécanique et des enseignements spécifiques d'ostéopathie seraient à acquérir après leur formation en masso-kinésithérapie.

Les équivalences entre les cursus initiaux ou continus et les ECTS requis pour obtenir le titre de *médecin ostéopathe*, de masseur-kinésithérapeute ostéopathe, seraient déterminées en fonction de chaque demande sur dossier et entretien devant une commission constituée ad hoc.

5. AVIS DES PROFESSIONS DE SANTE.

5.1 AVIS DE L'ACADEMIE DE MEDECINE.

L'Académie de Médecine a rendu un rapport le 10 janvier 2006 concernant l'ostéopathie et la chiropraxie (Annexe 3).

Dans ce rapport l'Académie souligne que les

« méthodes manuelles à visée diagnostiques et thérapeutiques prônées par l'ostéopathie et la chiropraxie s'appuient, comme beaucoup d'autres d'ailleurs, sur des a priori conceptuels dénués de tout fondement scientifique.

L'Académie sait très bien que ces méthodes sont, depuis toujours, pratiquées. Mais elle ne saurait les cautionner.

Elle rappelle que de nombreuses U.F.R (14 actuellement) dans le cadre d'un D.I.U. de Médecine physique et de Réadaptation dispensent en troisième cycle un enseignement des pratiques manuelles, et en particulier des manipulations vertébrales, pratiques ayant fait l'objet d'une évaluation et reposant sur une formation préalable rigoureuse, fondamentale et clinique (conduisant au titre de médecin ostéopathe). ».

L'Académie, dans son rapport met en exergue :

« Les manipulations vertébrales exigent un diagnostic médical préalable, en dehors de tout contexte philosophique. Elles engagent la responsabilité du médecin manipulateur en raison des accidents possibles, en particulier en manipulant le rachis cervical chez la femme jeune. L'ostéopathie ne saurait avoir en elle-même aucune valeur scientifique et certainement pas préventive, notamment chez le nouveau-né.

Les autres techniques manuelles utilisées seulement dans un but thérapeutique sont nombreuses mais sont proches de celles enseignées dans les écoles de kinésithérapie (dont la qualité et la rigueur sont reconnues en France) et qui devraient assurer cette formation de kinésithérapeute compétent en ostéopathie ou en chiropraxie mais agissant sur prescription médicale ».

Ce rapport est clairement opposé à l'attribution d'un titre d'ostéopathe ou de chiropracteur pour des personnes n'exerçant pas une profession de santé. Toutefois l'étude bibliographique citée aurait gagné en pertinence si elle avait été conduite selon les critères actuellement en cours, et conduite en prenant en compte les publications récentes dans les journaux anglo-saxons à comité de lecture en utilisant les principes du « reviewing » international employés dans les sociétés savantes.

Nous produisons en annexe 4 les réflexions de la Société franco-européenne de chiropraxie qui fait état de travaux publiés dans le « Journal of manipulative and Physiological Therapeutics » qui est une revue indexée par Medline.

De plus, le descriptif des protocoles thérapeutiques utilisés dans les articles scientifiques cités dans ce rapport ne semble pas suffisamment analysé pour étayer les conclusions de ce dernier.

5.2 AVIS DES MEDECINS OSTEOPATHES.

La formation des médecins en ostéopathie en France est réalisée par l'obtention d'un diplôme interuniversitaire de médecine manuelle – ostéopathie, de formation ostéopathique complémentaire complète, dans des cursus qui sont décrits par les organisateurs comme adaptés à leur « haut niveau médical et ostéopathique ».

La formation des médecins à l'ostéopathie se fait habituellement sous forme de stage, de séminaire, de diplômes interuniversitaires (D.I.U.) notamment au sein de groupes d'enseignement en médecine manuelle ostéopathique habituellement régionaux dont certains sont directement liés en première intention à l'enseignement dans le cadre des D.I.U. puis dans le cadre d'une formation complémentaire.

Le concept tel qu'il est vu par les médecins propose une approche ostéopathique du patient ayant pour principes :

- le respect de la règle d'unité du corps dans sa structure et de ses fonctions et son mental,
- la recherche de l'intégrité des grands appareils, en particulier mécaniques, vasculaires et nerveux.

Le traitement ostéopathique vise au bon usage de ses règles, par l'utilisation exclusive des mains. Il assure le maintien et le recouvrement des mouvements du corps à tous les niveaux, dans leurs amplitudes, même infimes.

Les facultés de médecine française délivrant un diplôme interuniversitaire de médecine manuelle ostéopathie sont les suivantes : AIX-MARSEILLE - BOBIGNY (PARIS 13) – BORDEAUX – CAEN – DIJON – GRENOBLE – LILLE – LYON – PARIS 6 – REIMS – RENNES – SAINT-ETIENNE – STRASBOURG – TOULOUSE – TOURS. Ces D.I.U. sont reconnus par l'ordre des médecins en tant que formations complémentaires. Cette formation se déroule habituellement sur deux années consécutives et n'est accessible qu'à des médecins déjà formés. Notons que leur acquisition donne droit à une mention sur les plaques et ordonnances pour ceux qui le souhaitent.

Les matières enseignées comportent habituellement :

- les bases physiologiques de la médecine manuelle,
- un enseignement concernant les pathologies articulaires en détaillant les indications et les contre-indications de l'ostéopathie dans les affections musculo-squelettiques communes,
- un enseignement portant sur l'anatomie palpatoire et la biomécanique
- un enseignement des tests de mobilité de traitement des tissus mous.

Il est également insisté sur les thérapeutiques manuelles et les manipulations du rachis et des membres. A l'issue de ces formations, les étudiants doivent être capables de :

- identifier les situations cliniques d'affections communes de l'appareil locomoteur pouvant entre autres bénéficier de thérapeutiques manuelles ;
- reconnaître, par les épreuves appropriées, les contre-indications à la réalisation de thérapeutiques manuelles,
- réaliser avec la maîtrise indispensable les thérapeutiques manuelles applicables au rachis et aux membres,
- évaluer son traitement.

Ces enseignements varient entre 200 et 300 heures et pour certains l'enseignement théorique est apprécié à 100 heures, l'enseignement pratique à 100 heures et il y a un enseignement clinique d'au moins 25 séances dans des consultations et/ou des terrains de stage agréés.

Ces stages cliniques peuvent être de l'ordre de 30 heures passées auprès d'un médecin praticien de médecine manuelle exerçant soit dans un cabinet, soit dans un dispensaire ou un hôpital pour développer l'apprentissage pratique de l'ostéopathie crano-sacrée et viscérale avec des évaluations de l'enseignement.

L'objectif est d'améliorer la pratique quotidienne en médecine manuelle ostéopathie par le développement des possibilités diagnostiques palpatoires et l'acquisition de méthodes thérapeutiques manuelles précises permettant une économie de prescription tant exploratrice que thérapeutique.

En ce qui concerne les stages de perfectionnement, ils comprennent de nouveau des enseignements théoriques et des enseignements pratiques dans le domaine de la médecine manuelle. Il est proposé également un encadrement sous forme d'heures de stages dans des consultations hospitalières ou libérales par des médecins de médecine manuelle ostéopathie considérés comme des médecins moniteurs.

Cet enseignement porte principalement sur les activités de manipulations vertébrales et articulaires.

Le point de vue du collège des enseignants universitaires de médecine manuelle dirigé par le Professeur Philippe VAUTRAVERS est favorable à un exercice de l'ostéopathie par les médecins ou les masseurs kinésithérapeutes, à l'exclusion de tout autre professionnel. Pour ces confrères, il convient de réaliser un contrôle médical dans la prise en charge de patients qui auraient accès à l'ostéopathie.

Pour le Docteur Vincent DIEBOLT, secrétaire général du syndicat national des médecins rhumatologues, les manipulations vertébrales sont du domaine médical dans leurs indications et dans leurs réalisations et pour des raisons de santé publique, doivent être réservées aux médecins titulaires du D.I.U. de médecine manuelle ostéopathique. Il s'agit là de manipulations vertébrales qui sont à différencier de l'action ostéopathique qui reste dans les limites de la mobilité physiologique de l'articulation telle que définie par les ostéopathes exclusifs.

Pour le Docteur Vincent DIEBOLT, les autres actes « sans risques » pourraient, sur prescription et sous surveillance médicale, être réalisés par les kinésithérapeutes ayant une formation complémentaire de deux ans, en sus de leur cursus qui leur donnerait le titre d'ostéopathe.

Pour le Docteur Vincent DIEBOLT « ni les médecins ni les kinésithérapeutes titulaires de diplômes obtenus à l'étranger ou dans des écoles non-universitaires s'apparentent aux massages fait dans les salons de beauté n'ont de place dans le système de santé tel qu'il est conçu en France avec ses impératifs de qualité et de sécurité des soins. »

Les docteurs Pierre REQUIER et Jean-Louis GARCIA, membres du syndicat de médecine manuelle ostéopathe de France, dans une lettre du 4 mai 2006, (annexe 5) précisent qu'il est fondamental de faire la distinction à chaque article de la proposition de décret entre les activités des ostéopathes médecins et des non-médecins et souhaitent que soit précisé, dans un article à part, que ce décret ne s'applique pas aux médecins ostéopathes. Ils insistent sur la nécessité du bilan clinique et du diagnostic préalable à tout acte de médecine manuelle ostéopathe qui fait la spécificité de la profession et sur l'inégalité du niveau de formation des futurs détenteurs du titre d'ostéopathe.

Ils insistent sur le titre de médecin – ostéopathe (ou « médecin de médecine manuelle – ostéopathie ») qui est l'intitulé du D.I.U. permettant aux patients d'identifier ces professionnels en tant qu'ostéopathes et médecins ce qui leur assure une sécurité de prise en charge lors du diagnostic et la mise en œuvre des examens cliniques de thérapeutiques médicamenteuses et complémentaires, lors du traitement médicamenteux, et des traitements ostéopathiques s'ils sont justifiés.

Une proposition de formation a été faite par le Docteur Marc Baillargeat, en date du 13 septembre 2006 (voir annexe n°6).

5.3 AVIS DES MASSO-KINESITHERAPEUTES.

Les professionnels exerçant la masso-kinésithérapie réaffirment dans ce dossier leur attachement à la notion de pré-requis de masseur-kinésithérapeute en raison du « continuum indiscutable et indiscuté » entre les pratiques masso-kinésithérapiques et les pratiques ostéopathiques (cf. lettre en annexe 7).

Pour eux il ne paraît pas concevable que soit envisagé de donner une priorité à la création d'une formation qui n'existe pas à ce jour, au détriment de la réforme des études de profession de santé actuellement en cours dans notre pays.

Pour ces professionnels, l'hétérogénéité qualitative et quantitative des formations et des praticiens actuellement formés hors filière masso-kinésithérapique ou médecine contribue à dérouter les patients et les candidats à ces études.

Les instituts de formation en masso-kinésithérapie délivrent un diplôme d'Etat qui garantit pour le patient les conditions de culture médicale commune, de sécurité, de respect des règles d'hygiène, d'éthique et de déontologie avec une formation clinique conséquente en structure sanitaire validée par les services du ministère.

Pour les représentants de ces professions, ils souhaitent que chaque institut de formation en masso-kinésithérapie soit, de fait agréé, par l'Etat comme organisme potentiel de formation en ostéopathie.

Ils insistent également sur l'origine du praticien qui doit être reconnue et clairement lisible pour les patients lors d'une consultation et que la reconnaissance du praticien issu de profession de santé réglementée soit formalisée.

Les professionnels de santé, médecins et masso-kinésithérapeutes sont, selon leurs écrits, violemment opposés à l'instauration d'une profession n'étant pas considérés comme profession de santé auquel le patient pourrait avoir un accès directement sans passer par la prescription médicale qui permet de poser le diagnostic positif et différentiel d'un état pathologique.

L'attribution d'un titre masso-kinésithérapeute – ostéopathe implique l'accès direct des patients aux masso-kinésithérapeutes sans passer par une prescription médicale.

Pour ces professionnels, l'élaboration de la formation et de ses contenus est proposée à partir d'un référentiel d'activité ou d'actes. En effet, pour générer les compétences, selon eux, il faut savoir acquérir, mobiliser, combiner des savoirs théoriques, des savoirs pratiques et des savoirs qui devront faire l'objet d'un cursus de formation (d'après le cahier des charges : formations complémentaires en ostéopathie – projet groupe convergence juin 2006). Les activités sont distribuées par ordre chronologique :

- examiner un patient de façon globale,
- examiner un patient de façon analytique,
- établir un diagnostic ostéopathique,
- décider et organiser les soins ostéopathiques à mettre en œuvre,
- traiter les plaintes du patient,
- mettre en œuvre les actions de prévention,
- communiquer et rendre compte de sa pratique aux autres professionnels de santé.

Cahier des charges :

- formations complémentaires en ostéopathie

- projet groupe convergence juin 2006

Activités	Actes
Examiner un patient de façon globale Examiner un patient de façon analytique	Observer, écouter, inspecter, repérer, ausculter, mobiliser, palper, tester, évaluer, bilanter le patient dans sa globalité en tenant compte de son environnement
Etablir un diagnostic ostéopathique	Analyser, synthétiser, problématiser, expliquer, communiquer.
Décider des soins ostéopathiques à mettre en œuvre	Choisir la thérapeutique, établir une stratégie, rechercher l'efficacité. Planifier les soins ostéopathiques
Traiter les plaintes du patient	Ecouter, prendre en considération. Corriger les dysfonctions de mobilité articulaires Corriger les dysfonctions de mobilité tissulaires Corriger les dysfonctions de mobilité viscérales Participer au traitement des troubles somatiques Participer au traitement de la douleur
Prévenir. Conseiller et guider le patient	Proposer des conseils d'hygiène de vie. Mettre en œuvre les traitements préventifs Mettre en œuvre les actions de prévention Valoriser la gestualité et l'activité physique Orienter le patient sur d'autres professionnels de santé
Communiquer et rendre compte de sa pratique aux autres professionnels de santé	Tenir et gérer le dossier du patient Créer les contacts nécessaires à la communication avec les autres professionnels

Il convient également d'y ajouter la formation continue, la recherche, l'enseignement et la participation aux actions de santé publique.

6. CONCLUSION.

6.1 RAPPEL DE LA MISSION ET MOYENS MIS EN ŒUVRE.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, dans son article 75 pose le principe d'une reconnaissance de l'usage du titre d'ostéopathe et de chiropracteur.

Dans ce cadre, et en réponse à la lettre de Monsieur le Ministre de la Santé et des Solidarités en date du 15 décembre 2005, me demandant de diriger un groupe de travail, 6 réunions ont été organisées en suivant les 4 étapes suivantes :

- détermination des activités à partir du projet de décret excluant les actes dangereux,
- définition des compétences liées à ces activités,
- identification des connaissances nécessaires à ces compétences,
- établissement d'un programme de formation,

Après ces 6 réunions, il s'avère que l'obtention du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur regroupe des pratiques différentes entre les professionnels de santé, médecins et masso-kinésithérapeutes, et d'autres professionnels ne faisant pas partie des professions de santé.

6.2 DEFINITION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.

La pratique de l'ostéopathie est clairement établie pour les médecins ayant actuellement un diplôme interuniversitaire de médecine manuelle et ostéopathie et ayant suivi une formation complémentaire après ces D.I.U. Leur exercice est un exercice médical avec une spécificité en matière de médecine manuelle et d'ostéopathie.

Il en va différemment pour les masseurs-kinésithérapeutes qui exerceraient l'ostéopathie dans la mesure où ils ont suivi une formation, mais que leur art est assujéti à une prescription médicale. Cette prescription médicale doit poser les diagnostics positifs et différentiels de l'affection présentée par le patient. Le masseur-kinésithérapeute exécute ensuite la prise en charge du patient en fonction de la prescription du médecin.

Il convient de rappeler que le diagnostic médical reste de la compétence et de la responsabilité d'un médecin dans l'état actuel de la législation.

La reconnaissance du titre d'ostéopathe, en fonction des discussions entre les différents professionnels de santé, devrait être réalisé en attribuant un titre de « médecin-ostéopathe » ou de « masseur-kinésithérapeute ostéopathe ».

6.3 FORMATION

En ce qui concerne la formation des médecins, elle peut être déclinée après les études de médecine en 60 à 150 ECTS, correspondant au D.I.U. complété d'une formation pratique.

En ce qui concerne les masso-kinésithérapeutes, il faudrait que l'enseignement complémentaire pour accéder au titre de masso-kinésithérapeute ostéopathe permette de faire un diagnostic positif et différentiel. Il conviendrait de proposer pour ces professionnels au moins 180 crédits ECTS pour arriver à leur permettre de poser un diagnostic ostéopathique.

6.4 SITUATION DES CENTRES D'OSTEOPATHIE ET DU CENTRE DE FORMATION EN CHIROPRACTIE (INSTITUT FRANCO-EUROPÉEN DE CHIROPRACTIQUE (I.F.E.C.).

Il existe actuellement un grand nombre d'établissements délivrant une formation non universitaire et non en convention avec le ministère de la santé et des solidarités concernant l'ostéopathie, formant de nombreux professionnels et il nous semble que si le cursus pour des non-professionnels de santé devait être autorisé, le nombre de centres de formation devrait être limité avec un accès restreint des étudiants pouvant suivre cet enseignement. Un établissement par inter-région (7 inter-régions) serait pertinent avec un nombre d'étudiants variant en fonction des possibilités d'accueil de 50 à 100.

En ce qui concerne la chiropraxie, il convient de relever que cette discipline s'adresse principalement aux tissus musculo-squelettiques et articulaires principalement au rachis. Une seule école (l'Institut Franco-Européen de Chiropraxie - I.F.E.C.) est actuellement en fonctionnement en France, avec une limitation de l'accès des étudiants à cette école.

Une décision de Monsieur le Ministre est également requise pour la reconnaissance d'une telle profession de chiropracteur qui n'est pas une profession de santé en l'état actuel des textes. Le cursus proposé, dans ce cas, si une telle autorisation devait être donnée, devrait être un cursus complet institué d'au moins 360 ECTS.

6.5 LE MOT CLE : LE DIAGNOSTIC.

La clé de voûte est représentée par l'établissement de diagnostics, quels que soient les termes employés, il s'agit bien d'un diagnostic médical d'une affection touchant un patient et de la détermination de la meilleure prise en charge thérapeutique ensuite.

Aux vues des formations actuellement en vigueur dans notre pays, ce sont les médecins qui sont formés à l'établissement d'un diagnostic. Si d'autres professionnels doivent être amenés à réaliser ces actes, le législateur devra prévoir un cursus adapté à cette fin.

: - : - : - : - :

Éléments de Bibliographie

1. AFO – SFDO – SNOF – UFOF : projet de décret ostéopathie et chiropraxie relatif aux actes professionnels et à l'exercice de l'ostéopathie et de la chiropraxie ; amendement et commentaires des organisations représentatives de la profession. 9 mai 2006.
2. Centre Européen d'Enseignement supérieur de l'ostéopathie : conducteur pédagogique, année universitaire 2005-2006.
3. Document AFO : contribution aux rencontres ministérielles concernant l'élaboration d-----

-----es décrets de la loi n° 2002-303. Contribution du 14 janvier 2004.
4. Registre des ostéopathes de France : Norme de compétence de l'ostéopathie. 2004.
5. J.L. Faraut : contribution des ostéopathes à la sous-commission enseignement concernant l'élaboration des décrets de la loi n° 2002-303.
6. Ostéopathes de France : Institut National de Formation en ostéopathie : numerus clausus. Janvier 2004.
7. Ostéopathes de France : Institut National de Formation en ostéopathie : Projet Licence – Master – Doctorat Appliqué à l'enseignement en ostéopathie. Janvier 2004.
8. Union Fédérale des Ostéopathes de France – UFOF : contributions de l'UFOF à l'élaboration des décrets (extraits). Janvier 2004.
9. Registre des ostéopathes de France : normes 2003 des compétences de l'ostéopathie. Non daté.
10. Syndicat Français des Ostéopathes – SFOD : conditions de formation et d'exercice de la profession d'ostéopathe, sous-commission enseignement, formation initiale. Janvier 2004.

11. Union Fédérale des Ostéopathes de France – UFOF : motifs de consultation en cabinet d'ostéopathie, étude descriptive 2003,
12. Institut National de Formation en Ostéopathie - INFO : les diplômes en ostéopathie, proposition, octobre 2003.
13. Institut National de Formation en Ostéopathie – INFO : l'ostéopathe : consultant de premier rang. Octobre 2003.
14. Ostéopathes de France : charte d'Ethique ostéopathique : proposition de la commission éthique de l'Union Fédérale des ostéopathes de France (UFOF). Juin 2003
15. Institut National de Formation en Ostéopathie - INFO : liste des actes en ostéopathie. Avril 2003.
16. Institut National de Formation en Ostéopathie – INFO : enseignement de l'ostéopathie, propositions, avril 2003.
17. Institut National de Formation en Ostéopathie – INFO : l'ostéopathie, concepts et principes thérapeutiques : différences et complémentarités avec la Médecine et la Kinésithérapie. Avril 2003.
18. Dupeyron A., Vautravers P., Lecocq J. et Isner-Horobet M.E. – Evaluation de la fréquence des accidents liés aux manipulations vertébrales à partir d'une enquête rétrospective réalisée dans quatre départements français. *Ann. Réadapt.méd. physique* 2003, 46-1, 33-40.
19. Hamomet Cl., Kponton-Akpabie A., Straub H., Keravel Y. et Bard-Frenot L, Goussard J.C. – Faut-il interdire les manipulations cervicales ? Aspects cliniques et médico-légaux. – Pourquoi (et à qui) interdire les manipulations cervicales ? *Lettre méd. Physique réadapt.* 2002, n 63, 44-47.
20. Hamomet Cl., Kponton-Akpabie A., Straub H., Keravel Y. et Bard-Frenot L. – Faut-il interdire les manipulations cervicales ? Aspects cliniques et médico-légaux. *Réadaptation*, 2002, n 489, 41-42.
21. Robard I., Médecines non-conventionnelles et droit, actualité, puis classeur, Litec éd. 2002.
22. Schievink Wl. – Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *N Engl J Med* 2001; 344 : 898-906.

23. Vautravers P. et Maigne J.Y. – Manipulations cervicales et principe de précaution. *Rev. Rhum.* 2000, 67-5, 349-354.
24. Guillon B, Brunereau L, Biousse V, Djouhri H, Lévy C, Bousser MG. – Long-term follow-up of aneurysms developed during extra-cranial internal carotid artery dissection. *Neurology* 1999 53 : 117-22.
25. Vautravers P. et Lecocq J. – Traitement par manipulations vertébrales cervicales, Fréquence des accidents vasculaires. *Ann. Méd. Trafic* 1998, n 50, 35-42.
26. Biouse V, d'Anglejan-Chatillon J, Touboul PJ, Amarenco P, Bousser MG. – Time course of symptoms in extra-cranial carotid artery dissections. A series of 80 patients. *Stroke* 1995 : 26 235-9.
27. Rosa A., Klein J., Penisson-Besnier L. et Dubas F. – Hématome cérébelleux après manipulations cervicales chez un homme de 48 ans. *Rev. Neurol.* 1995, 151-12, 739-743.
28. Mas JL, Hénin D, Bousser MG Chain F, Hauw JJ. – Dissecting aneurysm of the vertebral artery and cervical manipulation : a case report with autopsy. *Neurology* 1989 ; 39 : 512-5.
29. Schellehaas K.P., Latchavv R.E., Wendling L.R. et Gold L.H.A. – Lésions vertébro-basilaires survenant après manipulation cervicale. *JAMA*, 1980, 2-21, 877-882.
30. Institut National de Formation en Ostéopathie – INFO : agrément des centres de formation en ostéopathie, propositions.

ANNEXES