Les principes historiques de l'ostéopathie pour guider une pratique contemporaine

HISTOIRE D'UNE (Я)ÉVOLUTION

Rafael Zegarra-Parodi
Francesca Baroni
Christian Lunghi
David Dupuis

Zegarra-Parodi, Rafael, Francesca Baroni, Christian Lunghi,
and David Dupuis. 2023. « Historical Osteopathic Principles
and Practices in Contemporary Care : An Anthropological Perspective
to Foster Evidence-Informed and Culturally Sensitive Patient-
Centered Care : A Commentary » Healthcare 11, no. 1: 10.
https://doi.org/10.3390/healthcare11010010

© 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland.
This article is an open access article distributed under the terms
and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license.
(https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Les principes historiques de l'ostéopathie pour guider une pratique contemporaine

HISTOIRE D'UNE (Я)ÉVOLUTION

Principes et pratiques ostéopathiques historiques au sein d'une pratique contemporaine : une perspective anthropologique pour promouvoir des soins fondés sur les données probantes, centrés sur le patient et culturellement sensibles.

Version française de l'article publié en anglais :
Zegarra-Parodi R, Baroni F, Lunghi C, Dupuis D.
Historical Osteopathic Principles and Practices
in Contemporary Care: An Anthropological Perspective
to Foster Evidence-Informed and Culturally Sensitive Patient-
Centered Care: A Commentary. Healthcare. 2023; 11(1):10.

BMS Formation est un organisme certifié Qualiopi qui accompagne les professionnels dans leur activité libérale pour optimiser la prise en charge de leurs patients en développant des approches centrées sur la personne et culturellement sensibles, héritées des principes historiques de l'ostéopathie, et qui reposent sur les données acquises de la science.

www.bms-formation.com

7 rue Georges Ville 75116 Paris
EURL au capital de 1000€
Inscrite au RCS de Paris
SIRET : 851 199 372 00018

SOMMAIRE

6 Préambule BMS Formation
10 Préambule Ostéopathes de France
11 Préambule CEESO Paris
12 Les auteurs
16 Résumé
17 Mots-clés
18 Résumé graphique
19 Introduction
21 Méthodes
23 Résultats
23 Principes et pratiques ostéopathiques historiques au sein d'une pratique contemporaine
25 Dilemme pour les professionnels ostéopathes
30 Dépasser la polarité actuelle entre les professionnels ostéopathes
42 Le modèle Cynefin
48 Discussion
50 Conclusions
52 Références

PRÉAMBULE
BMS FORMATION

Afin de faciliter la transmission de compétences professionnelles spécifiques en ostéopathie au sein d'instituts de formation et de guider la prise en charge des patients, les ostéopathes ont commencé à élaborer plusieurs séries de principes après le décès d'AT Still en 1917. Les premiers principes ostéopathiques ont été élaborés en 1922, mis à jour la première fois en 1953 et, pour la dernière fois, en 2002. Ces principes ont également servi à structurer une identité professionnelle propre aux ostéopathes dans le champ de la santé. Les ostéopathes ont ainsi pu apprendre leur métier auprès de professionnels qui leur ont enseigné des techniques manuelles en adéquation avec ces principes et notamment avec celui faisant appel aux « capacités d'autoguérison du corps humain ». Cependant, ce principe ostéopathique historique de 1953 sur lequel s'est construite la pratique ostéopathique constitue, aujourd'hui en France, un des critères d'identification de thérapie déviante ou de pseudoscience. Or, dans le même temps, et selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il s'agit là d'une croyance socioculturelle en santé associée à la plupart des médecines traditionnelles/complémentaires et alternatives. Il en est de même pour le principe de 2022 considérant chaque personne comme « une interaction dynamique de body-mind-spirit ».

La question se pose dorénavant aux ostéopathes de savoir s'il est encore possible, aujourd'hui, de faire fi du cadre médico-social actuel, de l'état de nos connaissances scientifiques, des exigences réglementaires en matière de formation, et continuer à utiliser, sans réflexion critique ni cadre éthique, des principes et pratiques historiques classés ailleurs comme des pseudosciences.

Afin d'accompagner cette réflexion professionnelle, notre organisme de formation continue, créé en 2019 et certifié Qualiopi, BMS Formation, a eu pour ambition de proposer un nouveau cadre de pratiques professionnelles basé sur les données acquises de la science. Notre Vision est d'accompagner les professionnels dans leur activité libérale et de leur apporter une aide éclairée à la prise de décision clinique, en développant des approches centrées sur la personne et culturellement sensibles, c'est-à-dire incluant la diversité des systèmes de croyances socioculturelles en santé de nos patients. Cette démarche clinique qui consiste à combiner l'expérience du praticien, les attentes et les

valeurs des patients avec les données scientifiques, fait désormais partie des compétences professionnelles du Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie, le référentiel métier de la profession en France. Notre production scientifique permet ainsi aux ostéopathes, grâce à un langage commun, de mieux communiquer auprès de leurs patients et des autres professionnels de la santé sur nos compétences professionnelles historiques.

Compte tenu des exigences académiques de notre environnement médico-social actuel, nous avons ainsi considéré la nécessité d'une évolution pour décrire nos pratiques professionnelles avec les données acquises de la science mais également d'une révolution qui, étymologiquement, désigne un retour au point de départ. Dans le cas présent, il s'agit d'un retour historique au point de départ de l'ostéopathie tel qu'A.T. Still a pu le décrire en son temps, avec l'utilisation en pratique clinique de principes ostéopathiques tels que les « capacités d'autoguérison du corps humain » de patients considérés comme « une interaction dynamique de body-mind-spirit ». Pour mieux répondre aux attentes de nos patients, au demeurant largement influencés par leurs croyances socioculturelles en matière de santé, nous ne pouvons plus nous exonérer de recontextualiser dans nos pratiques contemporaines ces principes et ces pratiques historiques. Pour la première fois de leur histoire, les ostéopathes sont ainsi confrontés à une « crise des modèles » décrite dans le cycle de Thomas S. Kuhn qui a été proposé dans son ouvrage La Structure des révolutions scientifiques publié en 1962. Nos modèles de pratiques historiques étant désormais contredits par la science, une « révolution des modèles » est désormais attendue de la part des professionnels, à charge pour eux de proposer ensuite un nouveau paradigme acceptable par le modèle dominant en santé afin de guider une prise en charge éthique de nos patients. (Я)EVOLUTION, déposée par BMS Formation, représente un élément de réponse actif, parmi d'autres, à l'ensemble de ces enjeux actuels et témoigne de notre volonté de former et d'informer les ostéopathes, tant à titre individuel qu'à titre collectif, sur les options qui s'ouvrent aujourd'hui pour l'avenir de notre profession.

Le livre que vous allez lire participe de ce travail nécessaire d'analyse critique de nos pratiques et de nos principes professionnels, tel que cela est demandé dans nos décrets en France. Il s'agit d'un article publié le 21 décembre 2022 dans la revue Healthcare, désormais accessible sur PubMed, qui introduit deux points majeurs pour enrichir nos réflexions professionnelles. Le premier point est en rapport avec un concept clé d'anthropologie médicale, jusqu'alors jamais abordé, qui distingue la « maladie-disease », le point de vue objectif du praticien, avec la « maladie-illness », l'expérience vécue par le patient. Le Dr David Dupuis, anthropologue et chercheur à l'INSERM/IRIS, a partagé avec nous son expertise en tant que coauteur de cet article sur ce sujet. Cet abord anthropologique facilite selon nous la compréhension de certaines perspectives :

- Une perspective historique, avec la présentation du contexte historique des débuts de l'ostéopathie, notamment sur les relations qu'a pu entretenir A.T. Still avec les Natifs Amérindiens Shawnees ;
- Une perspective socioculturelle, avec la présentation d'une approche intégrative qui combinait les systèmes de croyances socioculturels en santé occidentaux et ceux issus des médecines traditionnelles/complémentaires & alternatives ;
- Une perspective scientifique, avec la présentation de modèles neuroscientifiques actuels décrivant des pratiques issues des médecines traditionnelles/complémentaires & alternatives et impliqués dans la représentation corporelle des patients (intégration multisensorielle : intéroception, proprioception et extéroception) ;

Le deuxième point introduit dans cet article est l'utilisation du modèle Cynefin pour faciliter l'utilisation dans la pratique clinique des ostéopathes de l'ensemble des concepts présentés plus haut. Le modèle Cynefin été conçu à l'origine par Dave Snowden, informaticien puis il a été introduit dans les sciences médicales pour la gestion de cas cliniques de plus en plus complexes. Francesca Baroni et Christian Lunghi, ostéopathes italiens, ont été les premiers à publier sur l'utilisation de ce modèle dans la pratique des ostéopathes et ont partagé avec nous leur expertise et leur expérience en tant que coauteurs de cet article. Ce modèle Cynefin constitue une aide à la gestion de la complexité des multiples scenari cliniques observés en ostéopathie ainsi qu'une aide à la décision dans le choix du narratif et des techniques ostéopathiques les plus appropriés pour chaque patient en fonction de son système de croyances socioculturelles en santé.

Vous trouverez ainsi dans ce livre la version traduite en français et validée par les auteurs de notre article publié en anglais. Nous vous souhaitons une bonne lecture et nous encourageons d'autres groupes professionnels à venir enrichir ces réflexions au travers d'autres contributions en privilégiant un débat académique contradictoire avec des publications indexées comme nous l'avons proposé ailleurs. Et ce, avec la collection d'articles scientifiques « Contemporary perspectives on historical osteopathic principles », que nous avons créée avec l'International Journal of Osteopathic Medicine (IJOM) en 2022. Chaque choix est évidemment respectable et sortir de sa zone de confort n'est certes pas chose aisée car elle dépendra du niveau d'inconnu que chaque praticien est prêt à accepter dans sa pratique quotidienne. En ce qui nous concerne, nous précisons que l'intégralité de nos contributions est guidée par notre volonté de pérenniser notre art dans le champ de la santé tout en respectant la diversité et la richesse de l'ensemble de nos pratiques professionnelles.

RAFAEL
ZEGARRA-PARODI
Ostéopathe à Paris, référent pédagogique et référent handicap de BMS Formation

GUILLAUME
RENAUD DE LA FAVERIE
Contrôleur financier, référent administratif de BMS Formation

RAPHAËL
AVANOZIAN
Ostéopathe à Toulon, formateur

PAUL
ANKRI
Ostéopathe à Paris, formateur

DAMIEN
HÉBRARD
Ostéopathe à Palaiseau, formateur

RONALD
ELLIS
Ostéopathe à Lyon, formateur

PRÉAMBULE
OSTÉOPATHES DE FRANCE

La recherche et son orientation vers la démarche scientifique sont cruciaux pour l'Ostéopathie en 2023 et les années à venir. C'est avec cette préoccupation qu'Ostéopathes de France, association socio-professionnelle représentative, a créé en 2021 une cellule dédiée à aider financièrement certaines actions de recherche et à les promouvoir. Nous sommes fiers et heureux d'avoir, par exemple, contribué au financement du projet « The Osteopathic Practitioners Estimates and Rates (OPERA) » mené par le pôle France de la fondation de recherche à but non lucratif Opera is a project of « Non-profit Foundation C.O.M.E Collaboration », ou encore contribué à la réalisation de l'abstract en vidéo de l'article « Historical Osteopathic Principles and Practices in Contemporary Care : An Anthropological Perspective to Foster Evidence-Informed and Culturally Sensitive Patient-Centered Care : A Commentary », rédigé par Rafael Zegarra-Parodi, Francesca Baroni, Christian Lunghi et David Dupuis. C'est grâce à de telles démarches que l'Ostéopathie pourra asseoir sa place dans la Société avec force et sérieux, sans dépendre uniquement de l'avis de la population. L'avis de la population demeure cependant essentiel, comme le montre cet article, dans le cadre d'une approche centrée sur le patient et culturellement sensible, qui fait la connexion entre traditions et sciences.

Nous sommes ravis de prendre connaissance et de soutenir ces premières démarches, qui, nous n'en doutons pas, sont le début d'une dynamique vertueuse.

Paris, le 21 mars 2023

PHILIPPE **LE MENTEC**
Conseiller National d'Ostéopathes de France

DOMINIQUE **BLANC**
Président d'Ostéopathes de France

PRÉAMBULE
CEESO PARIS

En 2023, l'ostéopathie ne se pratique plus comme en 1874. Près de 150 ans après sa naissance dans les mains d'Andrew Taylor Still, c'est en utilisant les données les plus probantes de la science que nous pouvons, que nous devons lui rendre hommage. Même si le concept, les principes de cette médecine restent identiques, leur mise en application a évolué.

La pratique de l'ostéopathie est réglementée depuis maintenant une vingtaine d'années en France. Le décret relatif à la formation de 2014, visant à améliorer les compétences des ostéopathes, se doit d'être accompagné par une dynamique permettant aux ostéopathes d'être acteurs de leur profession et contribuer à une plus grande reconnaissance scientifique de leurs pratiques professionnelles.

Fort de ses 30 années d'existence, le CEESO Paris contribue, d'un point de vue ressources humaines et financières, à cet essor de publication d'articles à méthodologie rigoureuse, dans des revues scientifiques, et à la mise en place de projets de recherche dans des domaines variés. L'organisation de congrès comme les Journées Ostéopathiques de Paris (JOdP) dont la seconde édition aura lieu cette année les 16 et 17 juin, est également un élément clé pour le partage des connaissances et la promotion d'une pratique ostéopathique pragmatique, basée sur les données les plus probantes, dans l'intérêt du patient.

Paris, le 21 mars 2023

www.ceesoparis.com/nos-publications

AGATHE
WAGNER
Directrice
du Département
Recherche
du CEESO Paris

BERTRAND
BOURIAUD
Directeur
du CEESO Paris

LES AUTEURS

RAFAEL ZEGARRA-PARODI

Est ostéopathe, enregistré en France et au Royaume-Uni, et pratique en libéral dans son cabinet à Paris depuis 1999.

Il est impliqué dans l'enseignement et la recherche ostéopathiques et reste affilié à l'A.T. Still Research Institute à Kirksville, MO (USA) après avoir travaillé deux ans en tant que chercheur à temps plein de 2012 à 2014. Il est actuellement rédacteur en chef adjoint de l'International Journal of Osteopathic Medicine (IJOM) et cofondateur de BMS Formation, un organisme de formation qui propose aux professionnels de promouvoir des approches centrées sur la personne et culturellement sensibles.

En tant que français et péruvien, sa double culture lui a permis d'être conscient des perspectives occidentales et traditionnelles/complémentaires et alternatives qui ont influencé le développement de la profession d'ostéopathe depuis ses origines. Il est le premier auteur de plusieurs articles qui abordent l'intérêt clinique des principes et des pratiques historiques de l'ostéopathie au sein d'une pratique contemporaine qui ont depuis été inclus dans une collection spéciale de l'IJOM intitulée « Perspectives contemporaines sur les principes historiques de l'ostéopathie ».

Son travail actuel dans le domaine académique consiste à accompagner les ostéopathes à contextualiser des informations historiques, socioculturelles et scientifiques, parfois contradictoires, dans leurs pratiques professionnelles.

FRANCESCA **BARONI**

Est ostéopathe et a une activité professionnelle libérale, d'enseignement et de recherche clinique.

Elle exerce dans son cabinet à Rome (Italie) avec une expertise dans la prise en charge des patients complexes, en leur proposant des approches centrées sur la personne et impliquant leur participation active. Elle s'est spécialisée dans les domaines de la pédiatrie et de la santé de la femme. Francesca est également autrice principale et co-autrice de plusieurs livres en ostéopathie et de nombreuses publications scientifiques dans des revues indexées. Elle est régulièrement invitée en tant que conférencière dans des congrès et anime également des séminaires de formation continue professionnelle.

CHRISTIAN **LUNGHI**

Est ostéopathe et a une activité professionnelle libérale, d'enseignement et de recherche clinique.

Il exerce dans son cabinet à Rome (Italie) avec une expertise dans la prise en charge des patients complexes, en leur proposant des approches centrées sur la personne et impliquant leur participation active. Il possède un profil de compétences bien défini, avec la capacité de proposer une pratique fondée sur les preuves et de travailler dans des contextes pluridisciplinaires. Christian travaille également pour des instituts nationaux et internationaux de formation en ostéopathie et a participé activement aux processus de réglementation statutaire en Italie, notamment à la définition des aux compétences de base et à l'élaboration des programmes d'études.

Christian est également auteur principal et co-auteur de plusieurs livres en ostéopathie et de nombreuses publications scientifiques dans des revues indexées.

DAVID **DUPUIS**

Est anthropologue depuis 2016 et a été chercheur postdoctoral à l'Université de Durham (Royaume-Uni) puis au Musée du Quai Branly à Paris.

David est aujourd'hui chercheur à l'Institut français de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Ses recherches actuelles portent principalement sur les reconfigurations contemporaines du statut des substances dites « psychédéliques » et des expériences « hallucinatoires ». Il explore les implications culturelles, politiques, cliniques et éthiques de ces dynamiques au sein des sociétés euro-américaines. Son travail est basé sur des enquêtes ethnographiques menées depuis 2008 en Amérique latine (Amazonie péruvienne, Mexique) et en Europe (Royaume-Uni, France).

David collabore également auprès de l'ALIUS, un groupe de recherche interdisciplinaire dédié à l'étude de la diversité de la conscience dont il est cofondateur, et du programme Hearing the Voice proposé par l'Université de Durham au Royaune-Uni, et a placé son travail dans un dialogue interdisciplinaire impliquant l'histoire, les études religieuses, la psychologie, la psychiatrie

RÉSUMÉ

Les principes et pratiques historiques en ostéopathie (PPHO), telles que considérer le patient comme une interaction dynamique de body, mind, spirit et incorporer les capacités d'auto-guérison du corps dans les soins, sont hérités des principes de médecine traditionnelle/complémentaire et alternative (MTCA).

Ces deux concepts sont familiers aux praticiens contemporains de l'ostéopathie, mais leur incorporation au sein d'une prise en charge centrée sur le patient (PCCP) et fondée sur des données probantes reste incertaine. De plus, il existe une polarité au sein de la profession ostéopathique entre un groupe « traditionnel » qui s'appuie sur PPHO en dépit des preuves scientifiques contre ces modèles et un groupe « factuel » qui s'appuie sur les preuves actuelles disponibles pour la prise en charge des plaintes les plus fréquentes des patients. En faisant évoluer les pratiques professionnelles vers des pratiques de thérapie manuelle fondées sur des preuves, en accord avec le paradigme biomédical occidental dominant, ce dernier groupe remet en question l'identité professionnelle ostéopathique. Pour atténuer cette polarité, nous avons souhaité recentrer sur le débat sur les valeurs et les attentes des patients, en mettant en évidence la diversité culturelle selon une perspective anthropologique. En effet, une meilleure prise de conscience des diverses hypothèses socioculturelles en matière de santé peut favoriser une PCCP culturellement sensible, en particulier lorsqu'il s'agit d'inclure des systèmes de croyances socioculturelles non occidentales en matière de santé dans ces soins centrés sur la personne. Par conséquent, la perspective anthropologique médicale actuelle sur l'héritage des principes de MTCA dans les PPHO est proposée ici pour faire progresser la profession ostéopathique en promouvant une PCCP éthique, culturellement sensible et fondé sur des preuves dans un environnement occidental séculaire. De telles approches inclusives sont susceptibles de répondre aux valeurs et aux attentes des patients, qu'ils soient informés par des croyances socioculturelles occidentales ou non occidentales, et d'améliorer leur satisfaction ainsi que les résultats cliniques observés.

MOTS-CLÉS

anthropologie
pratiques ostéopathiques historiques
soins culturellement sensibles
médecine occidentale
soins centrés sur le patient
modèles de croyance en matière de santé
médecine
thérapies complémentaires
principes ostéopathiques historiques
manipulation
ostéopathie
médecine traditionnelle

RÉSUMÉ GRAPHIQUE

narratif du patient:

"Bonjour, je suis ici en raison d'un diagnostic médical de lombalgie non spécifique. Cependant, je pense que ces symptômes sont apparus à cause de mauvais choix que j'ai pu faire au cours des dernières années. Je pense que j'ai besoin de me concentrer sur mes besoins existentiels et d'être plus concentré sur mon style de vie."

narratif de l'ostéopathe:

"Je vais m'appuyer sur les principes et les pratiques ostéopathiques historiques pour évaluer manuellement le fonctionnement de l'ensemble de votre corps afin de diagnostiquer les dysfonctions somatiques qui limitent votre état optimal de santé et de bien-être, puis je vais les traiter à l'aide de techniques manipulatives ostéopathiques appropriées."

narratif de l'ostéopathe:

"Je vais m'appuyer sur les meilleures preuves disponibles pour vous proposer plusieurs options et que nous puissions concevoir ensemble des options thérapeutiques pour contrôler activement vos symptômes musculosquelettiques et promouvoir votre état de santé et de bien-être."

narratif de l'ostéopathe:

"Grâce aux principes et aux pratiques historiques en ostéopathie, je peux comprendre et valoriser la diversité des croyances socioculturelles en santé y compris les vôtres. Je vais m'appuyer sur les meilleures preuves disponibles pour vous proposer des options passives/manuelles ainsi que d'autres options thérapeutiques actives qui feront sens pour vous."

Zegarra-Parodi et al., 2023, Healthcare 2023, 11(1), 10;
https://doi.org/10.3390/healthcare11010010

Résumé vidéo de l'article accessible sur YouTube
https://www.youtube.com/watch?v=XYp-fFjzucE

INTRODUCTION

Le Dr Andrew Taylor Still, docteur en médecine et docteur en ostéopathie, est le fondateur de la profession d'ostéopathe et peut être considéré comme un visionnaire qui a perçu le potentiel interculturel de la prise en charge des patients alors qu'il vivait et travaillait sur la frontière rurale américaine au XIX^{e} siècle. En tant que médecin américain en contact avec les populations amérindiennes, il a pris conscience de leurs principes de guérison et a créé l'ostéopathie en tant que système de guérison unique. Still a proposé des principes et pratiques ostéopathiques historiques (PPHO) en combinant des principes hérités de la médecine traditionnelle/complémentaire et alternative (MTCA) avec des principes basés sur la science occidentale [1].

Le développement de l'ostéopathie à travers le monde, puis sa reconnaissance et sa réglementation de la profession l'ont exposée à des points de vue opposés, étant plébiscitée par le grand public mais contestée par le système universitaire, en particulier pour les PPHO qui ne rentrent pas dans les normes du système biomédical dominant en occident [2]. Par exemple, les compétences manuelles introduites historiquement par la profession ostéopathique, telles que les techniques crâniennes et viscérales, sont populaires parmi des groupes spécifiques de patients, mais l'évaluation actuelle de ces techniques n'a pas réussi à fournir des données cliniquement significatives ou académiquement acceptables [3,4]. Utiliser de telles interventions manuelles dans la pratique clinique soulève donc des problèmes éthiques pour les patients lorsque les modèles sous-jacents sont considérés comme des pseudo-sciences [5] et cela représente un défi académique évident pour les enseignants de cette discipline.

La profession d'ostéopathe n'est pas la seule à avoir une longue histoire de conflits internes [6] ; cependant, les pressions actuelles en faveur de soins de santé fondés sur des preuves ont aggravé les points de vue opposés à propos des PPHO [7]. Actuellement, nous pouvons décrire un groupe « traditionnel » de professionnels qui appliquent les concepts des PPHO malgré les preuves existantes contre ces modèles et un groupe « factuel » de professionnels qui se concentrent sur une pratique contemporaine et fondée sur les preuves pour traiter les problèmes musculosquelettiques (MSQ). Cette dualité de pratiques ostéopathiques, l'une dirigée par les PPHO et l'autre par les preuves scientifiques, est clairement problématique pour la profession, surtout si l'on considère l'acceptation générale d'une pratique fondée sur les preuves en tant que garant d'une prise en charge éthique des patients dans les sociétés occidentales industrialisées [7]. En combinant des principes en santé occidentaux et non occidentaux pour guider les soins, la perspective interculturelle originelle de Still pour la prise en charge des patients est un défi pour de nombreux praticiens ostéopathes modernes qui pensent que les aspects historiques de l'ostéopathie induisent en erreur la pratique professionnelle actuelle et devraient donc être écartés [8].

Afin de dépasser ces valeurs professionnelles conflictuelles, le présent essai propose de recentrer le débat sur les valeurs et les attentes des patients. En conjonction avec l'expérience du praticien et les meilleures preuves disponibles, les valeurs et les attentes des patients forment les trois piliers de la pratique fondée sur les preuves pour promouvoir une prise en charge éthique et inclusive [9]. Parce que la médecine construit la notion de corps et lui attribue un sens, elle doit être également considérée comme un mécanisme dépendant des systèmes socioculturels, où la conception de ce qui constitue la santé et de ce qui justifie une intervention varie en fonction de l'environnement socioculturel [10]. Par exemple, la façon dont les individus perçoivent, expriment et contrôlent la douleur est un comportement acquis et spécifique à chaque culture [11]. Définie comme un ensemble de règles et de normes élaborées au fil du temps et partagées par les membres d'une société particulière, la culture est la marque de l'anthropologie, qui étudie le comportement humain et la culture [11]. D'un point de vue clinique, les soins centrés sur le patient (SCP) et sensibles à la culture impliquent des comportements et des attitudes modifiables de la part des praticiens qui répondent aux valeurs et aux attentes des patients dans un environnement de soins de santé que les patients issus de différentes cultures reconnaîtront comme respectueux de leurs valeurs et qui leur permettront de se sentir à l'aise avec leur praticien et respectés par lui [12]. Les SCP sont définis par leurs quatre éléments fondamentaux : considérer chaque patient comme une personne, utiliser une perspective biopsychosociale, partager le pouvoir et la responsabilité, et établir une alliance thérapeutique [13]. Il est important de noter que ce type de soins est basé sur les points de vue de patients culturellement différents plutôt que sur les points de vue des professionnels de la santé [12].

Enracinée dans les principes de soins occidentaux et non-occidentaux, il est probable que la profession ostéopathique ait initialement développé des pratiques distinctes qui ont attiré un plus large éventail de patients que les autres professions qui s'appuyaient uniquement sur les principes de soins occidentaux. Le développement initial de la profession ostéopathique peut ainsi s'expliquer par la prise en compte de valeurs et d'attentes de patients culturellement différents pour leur prise en charge. À notre connaissance, une étude des PPHO selon une perspective anthropologique des valeurs et des attentes non-occidentales des patients au sein d'un environnement occidental fondé sur des preuves n'a jamais été effectué. De telles considérations interculturelles pourraient aider les praticiens à dépasser l'ethnocentrisme biomédical occidental et à promouvoir une SCP culturellement sensible pour les patients ayant des systèmes de croyances issus des MTCA qui ont été inclus dans les PPHO. Voir et interpréter le monde de manière interculturelle est certainement nouveau pour de nombreux praticiens, mais le faire favoriserait pourtant une approche inclusive en témoignant du respect pour l'individualité du patient tout en maintenant les

avantages du système de soins occidentaux basé sur la science [14]. En observant la vision initiale de l'ostéopathie par Still, qui s'est inspiré tout à la fois des guérisseurs traditionnels amérindiens et des concepts scientifiques modernes [1], cette considération révolutionnaire des PPHO est une nouvelle occasion de démontrer à la médecine occidentale dominante la richesse et la variété de la prise en charge ostéopathique et des champs de compétences qui y sont associés.

Par conséquent, l'objectif du présent commentaire est de caractériser les difficultés actuelles d'une évaluation des PPHO uniquement à travers le prisme du modèle biomédical dominant en occident et d'introduire une perspective anthropologique sur l'héritage non occidental des PPHO issu des MTCA. Le recentrage sur les valeurs et les attentes des patients selon cette perspective d'anthropologie médicale permet également de prendre en compte la diversité des systèmes de croyances socioculturelles en santé, favorisant ainsi une prise en charge centrée sur le patient et culturellement sensible. Un cadre de pratique pour les praticiens est également proposé, afin d'identifier ce que les patients considèrent comme pertinent pour le maintien de leur santé et de leur bien-être dans le cadre d'une prise en charge fondée sur les preuves au sein d'un scénario clinique séculaire occidental.

MÉTHODES

Les auteurs de ce manuscrit ont suivi les directives établies pour la rédaction d'un commentaire [15]. D'une manière générale, l'objectif de ce travail est d'aider les acteurs de santé occidentaux à conceptualiser et à évaluer la pertinence de concepts philosophiques, de principes historiques et d'hypothèses socioculturelles en santé non occidentaux issus de systèmes de croyances associés aux MTCA, afin qu'ils puissent améliorer leur prise en charge avec SCP culturellement sensible dans un cadre thérapeutique éthique et informé par les preuves scientifiques [16]. Pour atteindre cet objectif global, nous avons considéré les deux questions clés suivantes d'un point de vue d'anthropologie médicale qui étaient spécifiques à la profession d'ostéopathe :

Est-ce que les PPHO et les preuves scientifiques issues du modèle biomédical occidental sont tous deux intégrables au sein de SCP culturellement sensibles et fondés sur les données probantes?

Existe-t-il un cadre thérapeutique disponible pour guider les praticiens ostéopathes pour proposer aux patients de telles approches inclusives ?

Le cadre théorique du présent commentaire a été élaboré par un groupe de travail composé d'experts[17] ayant au moins 10 000 heures d'expérience professionnelle dans l'enseignement et la recherche scientifique (R.Z.-P., F.B., C.L. et D.D.) et dans la pratique ostéopathique clinique (R.Z.-P., F.B. et C.L.). Plus précisément, le cadre est le résultat d'un processus de discussions entre pairs basé sur l'observation clinique et les meilleures preuves disponibles. Pour évaluer la rigueur de la méthodologie mise en œuvre, une échelle a été utilisée pour évaluer la qualité des articles de revue narrative[18].

Afin d'identifier les articles éligibles susceptibles d'éclairer le présent commentaire, une recherche documentaire a été effectuée entre juin et juillet 2022 dans les bases de données biomédicales suivantes : MEDLINE (PubMed), EMBASE et Google Scholar. Les termes de recherche (c'est-à-dire les mots-clés : culturally sensitive care ; osteopathic principles ; manipulation, osteopathic ; anthropology, medical ; patient-centered care ; medicine, traditional ; complementary therapies ; Western healthcare ; health belief model) ont été adaptés pour chaque base de données et des sous-titres appropriés ont été utilisés pour chaque base de données recherchée. La revue de la littérature a été limitée aux articles publiés en anglais. Aucune limite n'a été appliquée quant à la conception de l'étude, à la population, aux résultats de l'étude ou à la date de publication. Les listes de référence des articles ont également été consultées, et une procédure en « boule de neige » a été utilisée pour identifier les articles les plus pertinents. Pour éviter d'imposer des restrictions à l'examen et pour saisir toute la gamme d'informations sur le sujet, aucune évaluation de la validité et de la qualité n'a été effectuée. Pour évaluer les articles admissibles, les auteurs (R.Z.-P., F.B. et C.L.) ont suivi indépendamment un processus de sélection en deux étapes. Premièrement, chaque auteur a lu indépendamment les résumés des articles éligibles et a ensuite décidé d'inclure ou d'exclure l'article en fonction de sa pertinence par rapport aux différents éléments du commentaire. Ensuite, les versions intégrales des études incluses ont été traitées selon la même procédure de sélection que celle utilisée pour les résumés.

RÉSULTATS

Après la sélection des articles pour la revue de la littérature, les résultats ont été regroupés par pertinence selon les cinq thématiques décrits ci-dessous.

PRINCIPES ET PRATIQUES OSTÉOPATHIQUES HISTORIQUES AU SEIN D'UNE PRATIQUE CONTEMPORAINE

→ Un héritage issu de la médecine traditionnelle/complémentaire et alternative

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la médecine traditionnelle comme « la somme totale des connaissances, des compétences et des pratiques fondées sur les théories, les croyances et les expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, utilisées pour le maintien de la santé ainsi que pour la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement des maladies physiques et mentales »[19]. Les principes de biomédecine en occident s'appuient principalement sur un modèle linéaire basé sur la relation de cause à effet, tandis que les principes de soins de MTCA visent à ramener chaque individu à un état de santé au lieu de cibler les symptômes[20]. Certaines traditions de soins indigènes ont développé le concept de roue de médecine en matière de santé et de guérison et l'ont utilisé comme une métaphore pour représenter quatre éléments qui doivent être ciblés pendant le traitement[20]. Les quatre quadrants de ce cadre conceptuel fondé sur une culture indigène représentent le contexte (c'est-à-dire la famille, la communauté, la culture et l'environnement), l'esprit (c'est-à-dire la cognition, les émotions et l'identité), le corps (c'est-à-dire les besoins physiques et les besoins pratiques, y compris les besoins financiers) et l'esprit (c'est-à-dire les pratiques et les enseignements spirituels, les rêves et les histoires)[20].

Les traditions de amérindiennes, qui incluent la dimension spirituelle en santé, ont probablement influencé les idées promues par A.T. Still lors de la création de la médecine ostéopathique à la fin du 19ème siècle, comme le suggèrent de nouveaux documents récemment publiés par le Musée de l'Ostéopathie à Kirksville au Missouri (USA), qui documentent formellement ses liens avec les Shawnees, une communauté amérindienne, qui sont également relatés dans son autobiographie[21]. À l'époque où A.T. Still et sa famille ont vécu parmi les Shawnees au sein de la mission de Wakarusa située au Kansas, cette communauté avait à l'époque déjà été déplacée depuis le Nord-Est de l'Amérique[21]. Howard a publié une description complète des spécificités culturelles des Shawnees, ce qui permet de disposer d'informations sur les spécificités de leur spiritualité et de leurs traditions soins[22]. Bien que les communautés indigènes d'Amérique du

Nord avaient leurs propres cérémonies et rituels pour soigner leurs membres, il existe des principes communs à toutes les tribus pour parvenir à la guérison par des approches thérapeutiques impliquant des interactions entre le body, le mind, le spirit et les émotions d'une personne [23]. Il est intéressant de noter que ce concept de santé intégrative va au-delà de chaque individu et s'étend à l'interrelation de tous les êtres vivants (c'est-à-dire les personnes, la nature et les esprits) et qu'il est également représenté dans la roue de médecine sacrée des amérindiens des Plaines [20]. Pour rétablir la santé, l'accent est mis sur l'« âme immortelle », qui est symboliquement placée au centre de la roue de la médecine pour favoriser l'équilibre entre les quatre quadrants [20]. Une autre perspective importante que partage les guérisseurs amérindiens est de considérer que toutes les maladies commencent et se terminent dans le spirit de la personne [24]. Ces points de vue socioculturels importants issus de la spiritualité et des principes de soins amérindiens ont également été utilisés par Still pour définir la profession d'ostéopathe dans le contexte des pratiques médicales occidentales existantes [25]. Still a en effet décrit les capacités d'autoguérison du corps, l'interaction body-mind-spirit de chaque personne, a souligné l'importance de la composante spirituelle des traitements qui incluent la croyance en l'immortalité de l'âme, s'est concentré sur le rétablissement de la santé plutôt que sur le ciblage de la pathologie et, enfin, sur une étiologie multifactorielle plutôt que réductionniste de la maladie.

En 2002, Rogers et al [26] ont publié la plus récente mise à jour des principes ostéopathiques et ont élargi la division dualiste du body et du mind. Ils ont également tenté de définir ce qui constitue une personne et ont inclus la composante spirit dans leur définition [27]. Ainsi, l'approche body-mind-spirit en ostéopathie utilise l'art et la science dans la poursuite d'une santé optimale plutôt que l'absence de maladie [28], et elle se caractérise par un engagement philosophique envers les soins de la personne qui englobe l'individu dans son ensemble. Dans cette approche, chaque personne est considérée comme une intégration d'aspects physiques, psychologiques, intellectuels et spirituels qui sont tous aussi importants pour la santé [28]. Par conséquent, avec son héritage issu de principes de MTCA et son approche actuelle basée sur les preuves scientifiques, la profession ostéopathique est dans une position unique pour promouvoir un modèle scientifique de soins holistiques susceptible d'inclure une grande variété d'interprétations de l'utilisation des PPHO en pratique clinique. Toutefois, il manque selon nous une interprétation anthropologique de ces PPHO pour contextualiser ces informations historiques au sein de pratiques contemporaines et proposer une prise en charge éthique aux patients.

Bien qu'elle soit réglementée en tant que profession médicale aux États-Unis et en tant que profession paramédicale dans de nombreux autres pays, la publication internationale de l'OMS sur l'ostéopathie, qui est un document clé

pour la profession, a été publié en 2010 par son département des MTCA[29]. Deux principes de base historiques introduits dans les premières publications de Still ont été hérités des MTCA et sont toujours inclus dans la publication de l'OMS ; plus précisément, ils impliquent de considérer le patient comme une interaction dynamique composée de body-mind-spirit et de la capacité d'auto-guérison du corps humain[29]. Nous ne savons cependant pas jusqu'à quel point ces PPHO devraient être incorporés dans la prise en charge des patients dans notre environnement occidental afin de proposer une PCCP éthique et ce flou est responsable de dissensions professionnelles.

DILEMME POUR LES PROFESSIONNELS OSTÉOPATHES

→ S'en tenir aux principes et pratiques ostéopathiques historiques malgré les preuves biomédicales qui les contredisent ou se concentrer uniquement sur les preuves actuellement disponibles

À l'instar des médecins allopathes, les médecins ostéopathes aux États-Unis d'Amérique sont pleinement autorisés à pratiquer la médecine, y compris les approches manuelles qui reposent sur le concept de dysfonction somatique pour le diagnostic et le traitement des maladies à des fins de codage et de facturation, une spécificité du système de santé de ce pays. En dehors des États-Unis, les ostéopathes sont des praticiens de premier contact dont les droits de pratique sont limités à des approches thérapeutiques manuelles. Ainsi, la définition d'un champ d'application unifié des pratiques professionnelles en ostéopathie semble être un défi puisqu'il diffère en fonction des réglementations spécifiques de chaque pays qui possède son propre système de santé[29]. Par exemple, en dehors des États-Unis, les ostéopathes peuvent exercer en tant que professionnels paramédicaux et, par conséquent, sont exclusivement autorisés à faire de la publicité pour la prise en charge de certaines pathologies uniquement lorsque des preuves de l'efficacité du traitement manuel sont disponibles, ce qui signifie qu'ils traitent principalement les pathologies liées aux troubles musculosquelettiques[30]. Dans de tels environnements, comme au Royaume-Uni, les ostéopathes sont tenus de référer les patients lorsqu'il n'existe pas de preuves suffisantes ou des preuves contradictoires de l'efficacité du traitement manuel pour des affections non liées aux maladies musculosquelettiques[30]. En France, la pratique de l'ostéopathie est légalement réglementée et les ostéopathes sont titulaires d'un titre professionnel protégé partagé par les professionnels de santé médicaux et non médicaux et par des non professionnels de santé[31]. En outre, leur champ d'activité est légalement défini comme le traitement des patients sur la base de leurs constatations palpatoires manuelles associées à des dysfonctions somatiques, c'est-à-dire un champ d'activité restreint également lié aux troubles musculosquelettiques[31].

En plus de ces réglementations différentes au sein d'environnements médico-sociaux régulés, il existe des préoccupations éthiques dans les pays où les professionnels de l'ostéopathie ne sont pas réglementés. Ces praticiens peuvent alors se référer aux PPHO et ainsi prétendre qu'ils traitent des affections liées ou non aux maladies musculosquelettiques sans avoir l'obligation de fournir des preuves scientifiques à l'appui d'un tel champ d'exercice élargi. Par conséquent, et bien qu'elle soit inclue dans des documents internationaux [29], la pertinence clinique des PPHO [26] demeure incertaine pour l'ostéopathie en dehors des États-Unis. Les modèles fondés sur des preuves pour l'évaluation, le diagnostic et le traitement des troubles musculosquelettiques sont actuellement largement façonnés par les neurosciences, notamment de la douleur [32,33] ; par conséquent, différents praticiens réglementés peuvent être amenés à utiliser des stratégies thérapeutiques similaires car reposant sur les mêmes preuves scientifiques. C'est le cas par exemple dans le domaine de la thérapie manuelle pour les directives nationales actuelles au Royaume-Uni pour les traitements non invasifs de la lombalgie et de la sciatique qui recommandent des manipulations/mobilisations effectuées indifféremment par des ostéopathes, des chiropraticiens ou des physiothérapeutes [34]. Par conséquent, les praticiens ostéopathes « factuels » auront probablement le même champ d'exercice et proposeront des stratégies thérapeutiques à leurs patients qui seront similaires à celles d'autres professionnels, et s'abstiendront d'utiliser des PPHO non soutenus par des preuves [7]. En outre, ce groupe « factuel » approuvera probablement de nouveaux modèles de pratique pour guider la prise en charge ostéopathique, tels que l'inférence (en) active [35], qui facilite l'intégration des pratiques professionnelles dans les soins occidentaux mainstream. Cette tendance à utiliser des pratiques communes fondées sur des preuves est actuellement promue par différentes professions manuelles vers un ensemble de pratiques professionnelles déjà existantes. Cette spécialité professionnelle, la thérapie physique manuelle orthopédique (OMPT), est définie comme « un domaine spécialisé de la physiothérapie/physiothérapie pour les approches de traitement comprenant des techniques manuelles et des exercices thérapeutiques » [36].

Comme d'autres professions partageant un cadre épistémologique biomédical similaire, l'OMPT est également guidée par les preuves scientifiques et cliniques disponibles et le cadre biopsychosocial de chaque patient [36] et, en tant que telle, n'a pas de place pour des pratiques issues de MTCA. Le retrait des PPHO de l'enseignement et de la pratique clinique semble être la prochaine étape logique pour ces professionnels qui veulent se concentrer sur des soins fondés sur des preuves [7] et ceci est probablement l'option la plus raisonnable dans les pays où l'ostéopathie est réglementée en tant que profession de santé. C'est également une option plus confortable pour les praticiens « factuels » qui présentent désormais ouvertement l'ostéopathie comme une profession

qui se concentre sur les soins musculosquelettiques en aligné avec le modèle biomédical occidental mainstream. Dans de tels environnements, une prochaine étape logique serait la fusion de plusieurs professions existantes vers une profession unique de type OMPT. Cette perspective autorise certains à exprimer des points de vue extrêmes qui déprécient les PPHO mais exclusivement du point de vue du modèle biomédical occidental dominant et, malheureusement, sans aucune perspective anthropologique [8]. De telles attitudes professionnelles peuvent poser des problèmes éthiques aux patients, car la promotion d'une PCCP basée uniquement sur les valeurs occidentales des praticiens suppose que leurs patients partagent ces mêmes valeurs et ne répond probablement pas aux besoins spécifiques de tous les patients. Le fait de ne pas prendre en compte la diversité des croyances socioculturelles en santé des patients témoigne d'un manque flagrant de sensibilité culturelle dans les soins cliniques et constitue la définition même de l'ethnocentrisme. Par conséquent, il est important qu'une perspective anthropologique des PPHO, qui fait actuellement défaut, soit prise en compte au sein de la profession ostéopathique afin de sensibiliser les professionnels différentes croyances socioculturelles et de construire un cadre clinique éthique et inclusif pour les patients ayant des systèmes de croyances biomédicaux occidentaux mais aussi issus des MTCA.

Étant donné que les soins de santé modernes en occident concernent également des populations multiethniques, une meilleure compréhension des différences culturelles dans les croyances et les pratiques médicales semble nécessaire [11]. A ce titre, l'anthropologie médicale, un sous-domaine de l'anthropologie, est pertinente pour les cliniciens qui promeuvent une PCCP. Plus précisément, l'anthropologie médicale est définie comme l'étude de la maladie et de la santé, ainsi que des méthodes de guérison dans le contexte des milieux culturels [10]. L'anthropologie médicale aborde également les concepts de disease et de illness afin de mettre en évidence les différents points de vue des praticiens et des patients sur la santé [37]. Tout d'abord, le concept disease fait référence à la biologie du patient et implique la perspective objective du praticien, qui est formé pour identifier, étiqueter et prendre en chare ces tableaux cliniques. D'autre part, le concept illness fait référence à l'expérience subjective du patient, c'est-à-dire à la façon dont la maladie affecte son fonctionnement, ses relations et ses interactions sociales façonnées par l'environnement socioculturel [38].

L'absence d'étude interculturelle et comparative du comportement humain, de la culture et de son influence sur les soins de santé est évidente dans les évaluations actuelles des PPHO, qui ont principalement été considérées à travers le prisme de la maladie disease (c'est-à-dire une évaluation des composants biologiques) et n'ont pas réussi à démontrer des données cliniquement significatives et des modèles académiques acceptables. Pour remédier à cet échec, Esteves et al. [39], soutenus par divers groupes internationaux, ont lancé un appel critique à la

mise à jour des cadres théoriques des PPHO pour la recherche, l'éducation et la pratique fondée sur les preuves. L'évaluation des modèles ostéopathiques à travers le prisme de la maladie illness (c'est-à-dire une évaluation à partir des expériences des patients) est une caractéristique qui est commune aux MTCA et peut fournir des données (qualitatives) plus significatives. Un pionnier dans ce domaine, Tyreman, a étudié le récit anthropologique-écologique de l'ostéopathie et a ainsi suggéré d'autres façons de décrire la prise en charge ostéopathique au sein de notre environnement biomédical dominant en occident [40]. Pour illustrer la pertinence de l'exploration des PPHO à travers le prisme disease mais aussi à travers le prisme illness de la maladie, où une approche culturellement sensible devient alors cruciale, nous aimerions donner l'exemple des symptômes médicalement inexpliqués (SMI). Fréquemment observés dans les soins ostéopathiques, les SMI sont des symptômes physiques persistants pour lesquels aucune explication organique concluante ne peut être trouvée. Ils sont présents dans environ 40-50% de toutes les consultations de soins primaires et dans environ 50% de toutes les consultations de soins secondaires [41]. Ces SMI peuvent entraîner des limitations légères à sévères du fonctionnement quotidien du patient, comme en témoignent la baisse des scores de qualité de vie liée à la santé et les maladies professionnelles [41]. Cependant, les symptômes peuvent être gérés avec succès lorsque les praticiens adoptent une approche collaborative et inclusive des soins en aidant les patients à reconnaître la multitude de facteurs qui peuvent affecter leur vie et en travaillant avec eux pour rétablir un fonctionnement sain. Selon Graver [42], les ostéopathes sont dans une position idéale pour fournir ce type de prise en charge biopsychosociale et obtenir de meilleurs résultats auprès de patients atteints de SMI.

Paradoxalement, les contextes sociaux et économiques/politiques associés aux SMI n'ont guère fait l'objet de recherches, mais Hanssen et al. [41] ont proposé de développer des programmes visant à promouvoir une plus grande sensibilisation à ces facteurs contextuels et à déterminer comment leur mise en œuvre pourrait conduire à de meilleures interventions thérapeutiques.

Les connaissances issues des MTCA en matière de santé holistique peuvent également constituer une bonne option thérapeutique car elles intègrent la praxis expérientielle du soi spirituel et physiologique d'un patient à la praxis relationnelle des relations biologiques-socioculturelles du patient lors de la conceptualisation et de la rpise en charge de chaque individu. Ainsi, les approches intégratives combinant les perspectives biomédicales occidentales et MTCA, telles qu'elles ont été introduites au sein des PPHO, peuvent aboutir à une prise en charge plus appropriée pour certains groupes de patients. Agarwal [43] a recommandé d'utiliser les connaissances issues des MTCA pour éclairer les fondements épistémologiques de la médecine occidentale en accréditant les praticiens MTCA qui enseignent dans les établissements de santé allopathiques,

en assurant le perfectionnement du corps professoral dans les écoles professionnelles de santé allopathiques existantes et en intégrant également un contenu issu des MTCA dans l'enseignement et la pratique de la médecine allopathique. De nouveaux modèles scientifiques qui intègrent les pratiques MTCA avec la dimension spirituelle en santé des patients ont également été proposés, constituant ainsi des soins centrés sur le patient et culturellement sensibles, fondés sur des preuves [44].

Cette dualité de point de vue au sein d'une même profession n'est pas spécifique aux ostéopathes. La profession chiropratique connaît des problèmes similaires, avec des points de vue professionnels opposés sur le rôle et l'importance des principes historiques et de la pratique moderne fondée sur des preuves dans leur profession [6].

Dans les environnements où les praticiens ont adopté les principes modernes fondés sur des données probantes, les parties prenantes extérieures à la profession ont déterminé que ce type de pratique était conforme aux principes modernes de soins de santé et qu'elle devrait être utilisée pour une meilleure intégration dans les systèmes de soins de santé occidentaux. À l'inverse, les praticiens qui sont réticents à utiliser cette approche fondée sur les preuves et qui sont surtout guidés par des principes historiques ont peu de chances de modifier leur pratique et disposent de faibles preuves pour étayer leurs affirmations [6]. Les auteurs comparent cette situation à celle d'un couple malheureux qui reste ensemble pour de mauvaises raisons qui ne sont ni liées à l'amour ni même au respect mutuel ; et avec des visions du monde aussi différentes, la possibilité d'un divorce à l'amiable pour résoudre le problème semble la plus appropriée [6].

En poursuivant l'analogie de la crise de couple au sein de la profession chiropratique, une option possible pour la profession ostéopathique serait d'utiliser quelque chose comme la thérapie comportementale intégrative de couple pour aborder les points de vue conflictuels avant de prendre toute décision irréversible. Les principales stratégies thérapeutiques impliqueraient alors l'adhésion empathique, l'expression d'émotions douces, l'acceptation, le changement de perspective et la distanciation psychologique [45]. Au lieu de se concentrer sur les problèmes existants, ce qui a généralement tendance à les renforcer, les ostéopathes devraient essayer de rétablir des liens communs, c'est-à-dire de proposer les meilleurs soins possibles à leurs patients, ce qui serait bénéfique pour l'ensemble de la profession. Par conséquent, l'inclusion de la sensibilité culturelle permettrait de mieux comprendre comment chaque groupe interprète la notion de PCCP et mériterait d'être étudiée. Par exemple, pour nous concentrer sur la diversité des valeurs et des attentes des patients, nous devrions d'abord déterminer s'ils fonctionnent avec un système de croyances biomédicales occidentales ou avec un système MTCA. Par la suite, les ostéopathes pourraient

discuter de la manière de prendre en compte le système de croyances de son patient de façon éthique au sein d'un scénario clinique occidental fondé sur des données probantes.

DÉPASSER LA POLARITÉ ACTUELLE ENTRE LES PROFESSIONNELS OSTÉOPATHES

→ Se recentrer sur les valeurs et les attentes des patients dans une perspective d'anthropologie médicale

La perspective de la maladie illness met en jeu les expériences subjectives des patients qui, contrairement à la composante biologique dans la perspective de la maladie disease, peuvent être façonnées par leur environnement socioculturel et sont ainsi sujettes à la diversité des systèmes de croyances sous-jacents des patients en matière de santé. L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité »[46]. D'une façon similaire aux approches issues des MTCA, l'amélioration du bien-être d'une personne va cibler les interconnexions de la santé émotionnelle, mentale, physique et spirituelle de chaque individu[47]. Selon Hey et al., la santé émotionnelle fait référence à la somme des états émotionnels à un moment donné ; la santé mentale fait référence à la capacité d'agir sur les informations, de clarifier les valeurs et les croyances, et d'exercer la capacité de prendre des décisions ; la santé physique fait référence à la capacité de maintenir une conscience et une connaissance de la nutrition et de l'exercice, de surveiller les symptômes, et de comprendre la capacité de récupération et la prévention des blessures ; et la santé spirituelle implique le besoin de sens, de but et d'accomplissement, et de force intérieure[47].

En mettant l'accent sur le bon fonctionnement du système musculosquelettique afin de promouvoir la santé et de résister aux processus pathologiques[29], les PPHO favorisent une approche holistique au sein de notre environnement occidental[26]. Selon ces PPHO, les ostéopathes sont considérés comme des facilitateurs de ces processus de guérison naturelle[49]. Pour soutenir cette approche thérapeutique capable d'incorporer différentes croyances socioculturelles en santé des patients, Tyreman[40] a proposé le concept de récit anthropologique-écologique dans lequel deux aspects clés de la profession d'ostéopathe sont explicitement reconnus : considérer chaque individu comme un organisme plutôt que comme une somme de mécanismes et placer l'accent de la prise en charge en sur la personne plutôt que sur la maladie. En tant que telle, cette nouvelle perspective fournit une base pour comprendre et intégrer la diversité des croyances socioculturelles sur la santé, la maladie, la fonction et le dysfonctionnement au sein de la prise en charge ostéopathique tant du point de vue des patients que celui des praticiens.

Comprendre comment différents facteurs influencent la représentation et l'organisation de l'environnement socioculturel et les comportements socialement acquis qui y sont associés est une préoccupation centrale de l'anthropologie. Par conséquent, l'étude de la diversité des croyances et des attentes des patients peut s'avérer cruciale lorsqu'ils recherchent une prise charge ostéopathique, car les PPHO naviguent entre les hypothèses de santé biomédicales occidentales et socioculturelles issues des MTCA [50].

L'anthropologie médicale aborde la relation entre la santé et l'individu, va considérer les narratifs sur l'expérience vécue de la maladie et la façon dont la souffrance va prendre place au sein des institutions culturelles et sociales [10] et, en tant que telle, offre ainsi une nouvelle voie pour résoudre la polarité actuelle au sein de la profession ostéopathique. De plus, cette discipline peut offrir de nouvelles explications sur la façon dont les MTCA se sont développées au sein des sociétés occidentales. L'insatisfaction liée à la mise en relief excessive protée sur la maladie disease par le système biomédical occidental a probablement été l'une des principales raisons pour lesquelles certains patients ont cherché à se faire soigner par des praticiens de MTCA parce qu'ils accordent généralement une plus grande attention à l'expérience vécue de la maladie par les patients et ont su apprécier le rôle des facteurs sociaux [38]. Du point de vue de l'anthropologie médicale, les réponses aux six questions suivantes déterminent généralement l'expérience vécue de la maladie et les comportements associés chez les patients et leurs proches : (1) que s'est-il passé ? (2) pourquoi est-ce arrivé ? (3) pourquoi moi ? (4) pourquoi maintenant ? (5) que se passerait-il si rien n'était fait ? et (6) que dois-je faire ou qui dois-je consulter pour obtenir une aide supplémentaire ? [37]. Ce type de focalisation sur les expériences vécues et les valeurs des patients permet de les considérer comme des individus et représente l'une des quatre dimensions d'une PCCP dans les soins occidentaux [13]. Son utilisation dans la pratique clinique réduit les coûts des soins de santé et améliore les résultats des patients [51]. En outre, la PCCP intègre le point de vue du patient dans le processus thérapeutique et souligne la nécessité de communiquer d'une manière qui crée un espace conversationnel adéquat pour obtenir l'agenda du patient (c'est-à-dire comprendre l'impact de la douleur, ses préoccupations, ses besoins et ses objectifs), ce qui guide en fin de compte les interactions cliniques [13]. En tant que tel, la PCCP a été approuvée par les praticiens ostéopathes, qu'ils soient « traditionnels » ou « factuels », mais différentes interprétations sont possibles et découlent de la compréhension qu'ont les patients et les praticiens de leur santé et de leur bien-être qui, en fonction de leurs croyances socioculturelles en santé, peuvent ne pas se limiter au soulagement des symptômes musculosquelettiques.

Récemment, Shaw et al. [52] ont reconceptualisé l'alliance thérapeutique dans la prise en charge ostéopathique. Ils ont affirmé que le corp (physique) baigne dans une signification biographique et culturelle et est façonné par des processus

d'apprentissage qui commencent avant que les humains n'apprennent le langage [52]. Ils ont également souligné l'importance de narratifs récits co-construits qui vont dépendre de la capacité du praticien à trouver des points d'entrée dans le monde du patient et qui nécessitent des compétences narratives en matière de pensée imaginative et d'écoute [52]. Bien qu'ils aient souligné que les dynamiques socioculturelles influencent les croyances et les comportements individuels ainsi qu'une communication coopérative avec la parole, le toucher et le langage corporel, ils n'ont pas discuté de la diversité des facteurs socioculturels et de leur importance dans l'élaboration de narratifs qui donnent un sens pour les patients, en particulier pour ceux qui ont des systèmes de croyances MTCA [52]. Dans notre cadre actuel multiculturel, il apparaît pourtant crucial que les praticiens puissent prendre en compte les différentes valeurs et attentes des patients car elles vont influencent directement le résultat thérapeutique [9].

Par ailleurs, la plupart des recherches cliniques en ostéopathie se concentrées sur un modèle de soins occidental. Par exemple, un vaste essai contrôlé randomisé a évalué les effets spécifiques d'un traitement manipulatif ostéopathique (OMT) standard par rapport à un OMT fictif chez des patients souffrant de lombalgie chronique [53]. Les auteurs ont constaté que l'OMT standard avait un effet significatif sur les limitations d'activité spécifiques à la lombalgie, mais qu'elles n'étaient pas perçues par les patients [53]. Bien que les effets spécifiques de l'OMT puissent être mesurés, leur pertinence clinique demeure discutable. Par conséquent, les chercheurs devraient rediriger leur attention vers les effets non spécifiques associés à l'OMT, et les cliniciens devraient réorienter leur pratique vers une prise en charge ostéopathique centrée sur la personne plutôt qu'une prise en charge praticien-centrée (c'est-à-dire diagnostique et traiter les dysfonctions somatiques des patients) [54]. Cette tendance actuelle dans la recherche et la pratique souligne l'importance des composantes non manuelles au sein de la prise en charge ostéopathique par rapport aux composantes manuelles historiques (par exemple, les OMT) qui sont considérées comme la marque de fabrique de la profession. Comme les OMT déclenchent des effets placebo ou nocebo, le rôle et l'importance des facteurs contextuels ont ainsi été étudiés pour les soins de santé occidentaux en général [55], pour les soins de santé occidentaux spécifiques au traitement des maladies musculosquelettiques [56] mais aussi pour les soins de MTCA [57].

Cependant, l'approche biomédicale continue à avoir du mal à comprendre les processus complexes qui sous-tendent les réponses placebo et les interactions potentielles entre les mécanismes placebo et les effets pharmacologiques des traitements. Pour faire avancer cette perspective issue de l'anthropologie médicale, il faut bien faire la distinction entre les effets placebo et nocebo dans la pratique clinique et les réponses placebo et nocebo en tant que résultats des essais cliniques. Les effets placebo et nocebo désignent les effets bénéfiques ou

indésirables qui se produisent après l'administration d'un traitement inerte ou dans le cadre de traitements actifs, et ils sont généralement attribuables à des mécanismes tels que les attentes des patients [58]. Un placebo est plus qu'une pilule ou une intervention inerte qui ne produit aucun effet « réel ». Une meilleure façon de concevoir les effets placebo serait de les considérer comme un processus qui produit des effets somatiques (y compris des processus de guérison) par un facteur autre que le mécanisme d'action prévu ou postulé pour l'intervention. Ces effets représentent des phénomènes psychoneurobiologiques complexes et distincts des changements comportementaux, neurophysiologiques, perceptuels et cognitifs qui se produisent pendant la rencontre thérapeutique [59]. Dans la médecine occidentale, l'effet placebo est considéré comme un processus non spécifique qui doit être contrôlé, mais dans les MTCA, il est considéré comme un effet spécifique d'un rituel de guérison [60]. Bien que certains puissent suggérer une caractéristique performative dans les rituels de guérison, la médecine occidentale peut également être considérée comme un rituel de guérison socioculturel [60]. En général, les rituels de guérison sont définis comme un processus de création de sens pour les patients, car ils guérissent et restaurent leur vision du monde grâce à une réédition symbolique de leur corps et de leur image de soi [61]. Les anthropologues médicaux ont identifié l'utilisation de narratifs comme l'un des principaux processus permettant de recréer un ordre significatif à partir du désordre de la maladie [61]. Par exemple, Gukasyan et Nayak [62] ont résumé quatre facteurs contextuels communs à diverses traditions de guérison : (1) la relation thérapeutique ; (2) le cadre de guérison ; (3) la justification, le schéma conceptuel ou le mythe ; et (4) la mise en œuvre du rituel. Par conséquent, les praticiens devraient acquérir des compétences essentielles pour exécuter des rituels de guérison qui combinent des symboles d'expérience corporelle avec un récit composé de symboles verbaux [61]. L'exploration de ces réponses communes d'un point de vue anthropologique, c'est-à-dire la manière dont des processus physiologiques similaires sont interprétés différemment selon les hypothèses socioculturelles des patients en matière de santé, peut permettre de mieux comprendre la pertinence des PPHO par rapport à son héritage issu des MTCA au sein de notre environnement occidental dominé par le modèle biomédical.

Les anthropologues pensent que les placebos et les nocebos sont liés à la culture car ils ne pourraient pas exister seuls dans le vide. Par conséquent, l'apparition et l'ampleur des effets placebo ou nocebo dépendent d'un contexte plus large composé des croyances, des valeurs, des attentes, des hypothèses et des normes culturelles ; elles dépendent également des réalités sociales et économiques dans lesquelles elles se produisent [57]. Les facteurs contextuels, qui comprennent les interactions entre le patient et le praticien, l'observation sociale des autres au sein du même environnement, peuvent également influencer les effets placebo ou nocebo et peuvent être mis en œuvre pour améliorer l'efficacité des

traitements [55]. D'autres mécanismes universels peuvent également contribuer à rendre les interventions et les rencontres thérapeutiques plus efficaces. Parmi ces mécanismes, citons les pratiques rituelles et techniques, l'élaboration symbolique et mythologique partagée, le charisme du praticien, la légitimation et la validation sociales, et le sentiment gratifiant d'avoir mérité la guérison en endurant une expérience difficile. En outre, la suggestibilité peut jouer un rôle central dans l'efficacité thérapeutique de ces mécanismes. Contrairement à des traits psychologiques plus discrets tels que la suggestibilité hypnotique, la suggestibilité se caractérise par une diminution du contrôle de l'effort et une sensibilité accrue aux facteurs contextuels et implique souvent des effets de cadrage, des suggestions verbales et non verbales et l'influence des pairs.

Dans les thérapies manuelles, les facteurs contextuels sont activement interprétés par le patient et peuvent susciter des attentes, des souvenirs ou des émotions qui influencent à leur tour les résultats liés à la santé, comme les effets placebo ou nocebo [56]. Récemment, un groupe de consensus international a étudié les implications de la recherche sur les effets placebo et nocebo dans la pratique des soins de santé et a proposé la première étape vers le développement de recommandations éthiques et fondées sur des preuves [58].

Les mots utilisés par les praticiens ostéopathes peuvent ainsi avoir un effet puissant sur les patients, et l'absence problématique de normes professionnelles concernant les narratifs associés aux PPHO doit être abordée de manière respectueuse et éthique pour éviter les effets nocebo et améliorer la prise en charge des patients.

Parce que les soins de santé ont été construits à travers des rituels et des symboles, ils ont la capacité d'induire la suggestibilité chez les patients. La propension d'une personne à répondre positivement aux suggestions, c'est-à-dire à penser et à agir en fonction des suggestions d'autrui, est une caractéristique essentielle des procédures issues des MTCA [63]. L'un des principaux rôles des guérisseurs traditionnels est d'accroître la susceptibilité du patient à l'influence des interprétations externes de ses expériences personnelles, contribuant ainsi à la transmission dynamique des croyances en matière de santé qui sont ensuite validées par les patients [63]. Ces postures thérapeutiques autoritaires, typiques des praticiens des MTCA et des premiers ostéopathes du temps de Still, peuvent être comprises dans un environnement socioculturel spécifique ; cependant, les soins occidentaux modernes favorisent une approche plus collaborative par le biais de processus décisionnels partagés. Paradoxalement, ce sont les ostéopathes « factuels » qui s'engagent désormais dans des approches plus collaboratives contrairement aux figures autoritaires des ostéopathes « traditionnels ». Par conséquent, la définition d'un cadre éthique pour décrire les attitudes thérapeutiques acceptables des praticiens ostéopathes « traditionnels » et « factuels »

devrait être une priorité pour la profession afin de gérer consciencieusement et éthiquement les facteurs contextuels pour le bénéfice du patient afin de renforcer l'effet placebo et éviter les effets nocebo. Comme l'ont souligné Rossetini et al.[56], ces deux effets peuvent se produire au cours de n'importe quelle phase clinique (anamnèse, examen physique et traitement) et affecter la perception, l'expérience et la signification des symptômes.

Avec l'augmentation de la diversité dans les soins de santé, les praticiens de premier contact, y compris les ostéopathes, doivent désormais être en capacité de proposer des soins culturellement sensibles et appropriés aux patients et à leurs familles issus de milieux culturels et sociaux distincts[64]. Les personnes de cultures différentes ont leurs propres croyances et valeurs éthiques, sociales et morales qui doivent être respectées et valorisées, et bien que fournir des soins efficaces et culturellement adaptés puisse être intimidant, les praticiens doivent être conscients des croyances et préférences personnelles, culturelles et sociales de leurs patients afin de pouvoir les intégrer dans les soins tels que cela est défini tant par la PCCP que par la pratique fondée sur les preuves.

PRINCIPES ET PRATIQUES OSTÉOPATHIQUES HISTORIQUES

→ Éviter l'ethnocentrisme biomédical occidental et promouvoir des soins centrés sur la personne et culturellement sensibles

Les praticiens doivent tenir compte des croyances, des attentes et des expériences antérieures du patient en matière de traitement lorsqu'ils mettent en place des soins centrés sur la personne, car ces facteurs peuvent influencer le résultat thérapeutique[56]. Dans l'environnement occidental, la diversité des croyances, des perceptions et des valeurs socioculturelles individuelles liées à la santé et au bien-être a façonné des cadres sociaux et thérapeutiques spécifiques[47]. Par conséquent, les hypothèses socioculturelles des patients en matière de santé affecteront différemment la valeur accordée aux thérapies manuelles pour améliorer leur bien-être et leur santé. De plus, une alliance thérapeutique efficace utilisant une communication appropriée sur les attentes et les valeurs des patients est un bon indicateur associé à l'amélioration des résultats cliniques observés[52] et peut être renforcée en examinant les problèmes psychologiques, sociaux et de style de vie, en communiquant des informations sur la santé et en aidant les patients à modifier leur comportement d'une manière qui a du sens pour eux[65]. Asnaani et Hofmann[66] ont examiné les résultats empiriques et les caractéristiques communes qui améliorent la collaboration thérapeutique dans un contexte multiculturel, et ces auteurs ont suggéré des lignes directrices pour atteindre cet objectif avec des patients et des praticiens issus de diverses origines culturelles et raciales.

Pour mettre en évidence la nature complexe des soins multiculturels au sein d'un environnement occidental, Hays a proposé l'acronyme ADDRESSING (âge et influences générationnelles, handicaps de développement et handicaps obtenus à un âge avancé, religion et orientation spirituelle, identité ethnique et raciale, statut socio-économique, orientation sexuelle, patrimoine indigène, origine nationale et genre), pour rappeler aux praticiens la nature multidimensionnelle de soins multiculturels [66]. Cet acronyme représente la diversité de l'identité culturelle et les facteurs interculturels que les praticiens doivent prendre en compte pour dispenser des soins culturellement sensibles [66]. Bien que la mise en œuvre d'un tel cadre dans la pratique clinique de l'ostéopathie puisse être bénéfique pour les patients, les seules preuves disponibles sont des résultats empiriques d'enquêtes sur les avantages de composantes spécifiques de soins culturellement sensibles, qui prédisent un bénéfice clinique maximal pour les patients [66].

Les inégalités raciales en matière de santé et de soins de santé étant bien documentées, une étude récente a examiné les connaissances, les croyances et les expériences des étudiants en ostéopathie en relation avec la médecine fondée sur la race [67]. Il est important de noter que les auteurs ont précisé que la race n'est pas un concept biologique ou génétique, mais une construction sociale permettant de catégoriser les personnes en fonction de traits observables, de comportements et d'une situation géographique [67]. Avant l'étude, seule la moitié des étudiants avaient entendu parler de la médecine fondée sur la race et seuls 44,4 % en ont donné une définition correcte [67]. Selon les auteurs, ces résultats sont importants car la familiarité avec la médecine fondée sur la race peut être un indicateur du racisme structurel dans l'enseignement des soins de santé, ce qui peut contribuer à des résultats négatifs pour les patients tels que la détresse émotionnelle et le sentiment d'isolement [67]. Cependant, les preuves suggèrent qu'une sensibilité culturelle accrue, une capacité à communiquer efficacement de manière transculturelle avec les patients et une meilleure connaissance des diverses cultures sont essentielles pour améliorer les soins aux patients de diverses cultures et ethnies. Les soins transculturels permettent aux praticiens de valoriser les besoins sociaux et culturels et les préférences des patients et de leurs familles, ce qui est essentiel pour réduire les disparités en matière de soins de santé causées par les valeurs et croyances sociales et culturelles diverses des patients, des praticiens et des pratiques de soins de santé en général [64].

Dans le contexte spécifique professionnel en ostéopathie, les soins transculturels peuvent être appliqués aux patients et aux praticiens ayant des hypothèses socioculturelles dominantes différentes en matière de santé, c'est-à-dire biomédicales occidentales ou issues des MTCA. Étant donné que les hypothèses socioculturelles de santé des patients ne sont pas fixes ou assignées à des groupes raciaux ou ethniques spécifiques, il est important de souligner qu'elles peuvent

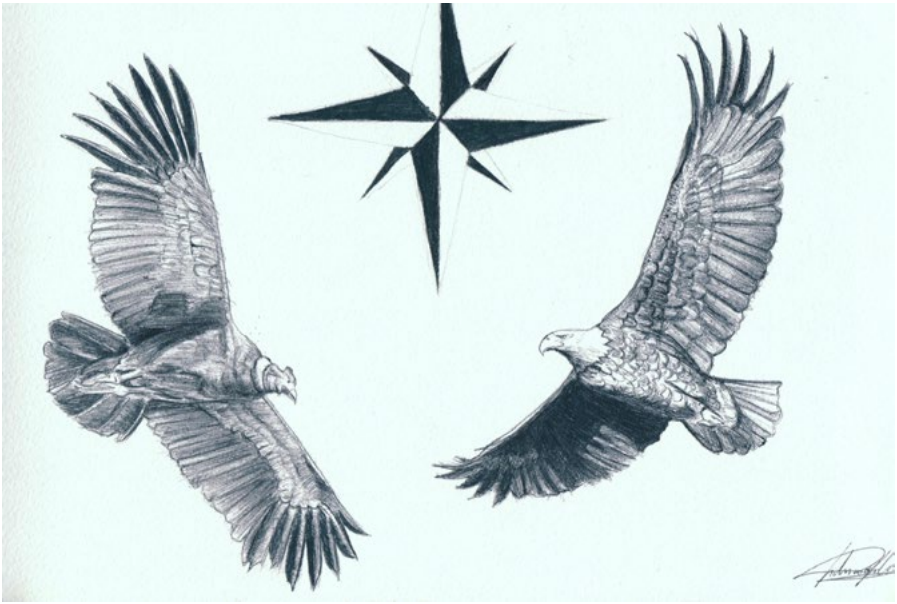

Figure 1 : **La prophétie andine de l'aigle et du condor volant ensemble.**
(dessin de Gianluca Pompilio, Rome, Italie)

évoluer dans le temps. Un bon exemple de cette évolution est le développement du tourisme dit chamanique au cours des vingt dernières années, où de nombreux occidentaux se sont rendus dans des pays lointains pour participer à des pratiques thérapeutiques exotiques qui sont une forme de MTCA. Qualifiées de tourisme chamanique[68-70] ou de tourisme ethnomédical[71], ces migrations temporaires ont donné lieu à de nombreuses études qui les ont intégrées dans le cadre de l'évolution des pratiques touristiques. Il est probable que ces « touristes chamaniques » occidentaux soient des patients qui ont des perspectives issues des MTCA pour le maintien et l'amélioration de leur santé et de leur bien-être et qui ne sont ainsi pas intéressés par des soins proposés par des praticiens occidentaux. Selon ce point de vue, les PPHO utilisés aujourd'hui continuent de représenter l'approche intégrative originelle introduite par A.T. Still au sein de l'environnement occidental, qui a combiné les principes de soins issus des MTCA avec les principes modernes issus du modèle biomédical. Cette approche intégrative du soin a bien été représentée dans les cultures MTCA notamment par la prophétie andine de l'aigle et du condor[14]. Le condor symbolise les peuples du Sud, guidés par une sagesse de guérison basée sur la spiritualité, et l'aigle symbolise les peuples du Nord, guidés par une sagesse de guérison basée sur la science ; lorsque les deux voleront de nouveau ensemble, ils apporteront une perspective de soins de santé plus équilibrée dans le monde entier[14] (figure 1).

Cette tendance actuelle peut être rapprochée à celle des premiers patients qui ont consulté les ostéopathes à ses débuts parce que les soins proposés étaient différents du paradigme biomédical occidental dominant et ne répondait pas complètement à leurs attentes. Une caractéristique clé pour déterminer les croyances socioculturelles en santé dominantes d'un patient est sa volonté de se faire soigner sans présenter de symptômes physiques. Historiquement, ces scénarios non symptomatiques étaient pris en charge par les praticiens ostéopathes, mais les praticiens « factuels » les remettent actuellement en question. De plus, ces scénarios cliniques sont devenus un problème éthique parce qu'il n'existe toujours pas de cadre professionnel clair et les praticiens pourraient malheureusement facilement y introduire un narratif nocebo [55]. Cependant, la prévention demeure un élément clé issu des MTCA et une approche salutogénique est généralement préférée pour maintenir la santé au lieu de rechercher des soins uniquement en cas de symptômes [72]. Bien que la pratique fondée sur les preuves intègre les valeurs et les attentes des patients dans les soins, il existe une controverse sur l'inclusion des systèmes de croyance non occidentaux en matière de santé des patients, et cette question a soulevé des préoccupations éthiques, en particulier pour les praticiens « traditionnels » qui devraient également prendre pleinement conscience des implications de l'utilisation des PPHO hérités des MTCA. De telles problématiques éthiques ont également été étudiées à travers l'analyse de contenu du narratif des praticiens de MTCA utilisé dans les soins en pratique clinique [43]. Agarwal [43] a observé que les praticiens de MTCA utilisent les fondements épistémologiques d'une légitimation en rapport avec l'identité, le sens, l'intuition, l'environnement et la communauté pour situer les composantes d'une santé intégrative au sein du discours dominant. Ainsi, au lieu de proposer une opposition radicale au modèle occidental dominant en matière de soins de santé, la santé intégrative a été décrite d'un point de vue épistémologique en intégrant et réconciliant divers aspects de la connaissance avec différentes modalités telles que des formes non empiriques d'expériences holistiques qui privilégient la praxis relationnelle au sein de l'environnement biologique et socioculturel de l'individu. Les connaissances issues des MTCA sont ainsi capables d'intégrer l'expérience spirituelle du patient et les relations biologiques, socioculturelles et épigénétiques personnelles dans la conceptualisation et la délivrance des soins de santé [43]. Une approche similaire serait bénéfique pour les ostéopathes afin que les valeurs et les attentes des patients soient inclues dans un narratif associé aux PPHO plutôt que par un narratif axé sur le contrôle de la douleur par le biais d'approches biomédicales occidentales centrées sur la personne et similaires aux PPHO.

Il est important de noter que la promotion d'un tel cadre de pratique pour une PCCP culturellement sensible en ostéopathie ne signifierait pas le rejet ou la promotion d'un type de pratique. Il permettrait plutôt aux ostéopathes

« traditionnels » et « factuels » de se concentrer sur les valeurs et les attentes des patients dans le cadre d'une approche fondée sur les preuves. À ce titre, Agarwal [43] a proposé que la conceptualisation de ces modèles intégratifs de soins puisse entraîner une plus grande sensibilité aux influences socioculturelles et à une meilleure prise en considération dans la prise en charge des patients. Il apparaît toutefois primordial que les ostéopathes « traditionnels » puissent également comprendre pleinement les devoirs d'un professionnel de santé réglementé et leur obligation de travailler dans un cadre clair et éthique. Par exemple, les ostéopathes du Royaume-Uni sont tenus d'appliquer le devoir professionnel de franchise, c'est-à-dire d'être ouvert et honnête avec les patients, les collègues, les organisations concernées et les organismes de réglementation [73].

Plus précisément, la norme de pratique ostéopathique A1.4 stipule : « Soyez conscient que les patients auront également des besoins ou des valeurs spécifiques en ce qui concerne le sexe, l'origine ethnique, la culture, la religion, les croyances, l'orientation sexuelle, le mode de vie, l'âge, le statut social, la langue, la santé physique et mentale et le handicap. Vous devez être capable de répondre à ces besoins de manière respectueuse et appropriée » [73]. Cette norme souligne l'importance d'être capable de fournir des soins ostéopathiques culturellement sensibles et centrés sur le patient, ce qui a été suggéré tout au long du présent commentaire. En se concentrant sur la personne plutôt que sur la maladie, les PPHO ont introduit le concept de PCCP qui est depuis devenu une pratique courante dans la médecine occidentale, avec un cadre qui a progressivement été incorporé dans d'autres domaines médicaux [39] ; cependant, l'utilisation généralisée d'approches centrées sur le patient dans diverses professions de santé remet actuellement en question cette spécificité des PPHO au sein du modèle biomédical dominant en occident [74].

La capacité à mettre en œuvre une prise en charge ostéopathique culturellement sensible et centrée sur le patient, qui puisse intégrer les systèmes de croyances issus des MTCA des patients dans un cadre de soins de santé occidental, semble être un moyen important de promouvoir la pertinence clinique des PPHO au sein d'une pratique contemporaine. Cette proposition pourrait ainsi être considérée comme une forme de soins transculturels. Par exemple, Shahzad et al. [64] ont développé une compréhension globale des défis et des approches des praticiens en matière de soins transculturels pour les patients issus de diverses ethnies.

Ils ont identifié quatre défis pour les soins transculturels : (1) atténuer les luttes intrapersonnelles des praticiens qui veulent fournir des soins efficaces mais qui doutent, (2) gérer les conflits culturels qui divergent des points de vue et des attentes des patients et des praticiens, (3) comprendre les diverses expressions de la souffrance et combattre les incertitudes, et (4) naviguer parmi les contraintes personnelles et organisationnelles [64]. Ces auteurs ont également

identifié trois approches pour fournir des soins transculturels efficaces : (1) pratiquer l'autocritique et tolérer les différences, (2) améliorer les compétences interpersonnelles et psychologiques, et (3) collaborer avec les pairs et les aidants familiaux [64]. De plus, les compétences identifiées pour les infirmières pourraient être facilement adoptées par les ostéopathes et aider les praticiens « traditionnels » et « factuels » à mieux comprendre qu'ils proposent probablement des soins à des patients qui viennent chercher différents types de traitement parce qu'ils ont des croyances socioculturelles en santé différentes. Un ensemble de lignes directrices pourrait aider ces deux groupes à comprendre les valeurs professionnelles qui les animent, à réduire l'interprétation des PPHO sous l'angle exclusif de l'ethnocentrisme biomédical occidental, à se recentrer sur les valeurs et les attentes des patients, et ainsi proposer une prise en charge ostéopathique centrée sur le patient et culturellement sensible (Tableau 1).

D'autres professions de santé occidentales ont appliqué un méta-cadre capable de prendre en compte de multiples points de vue pour résoudre les incompatibilités entre différents points de vue professionnels [75]. Ainsi, pour aborder les multiples perspectives théoriques et philosophiques au sein d'une même discipline, les psychologues et les infirmières ont introduit une perspective pratique appelée théorie intégrale [75]. En pratique, la théorie intégrale fait de la place aux besoins émotionnels, spirituels et mentaux du patient en incorporant l'auto-préservation, l'auto-adaptation, l'auto-immanence et l'auto-transcendance dans les soins. Liem et Lunghi [75] ont proposé ce modèle en ostéopathie comme un moyen de dissocier les soins de la relation sujet-objet, exprimée par la dualité patient-praticien, et de mettre en œuvre une prise de décision partagée à travers un processus de traitement participatif qui aide les cliniciens à prendre en compte tous les domaines de l'expérience humaine dans la prise en charge ostéopathique. Cependant, les auteurs n'ont pas tenu compte de l'impact des différentes perspectives des praticiens, c'est-à-dire les visions « traditionnelle » et « factuelle » de la prise en charge thérapeutique, et se sont plutôt concentrés sur le dépassement de la fragmentation artificielle des dysfonctions somatiques, psychologiques, culturels et énergétiques [75].

Page suivante tableau 1 : Considérations professionnelles pour promouvoir parmi les ostéopathes une prise en charge culturellement sensible, centrée sur le patient et fondée sur des données probantes (adapté de Asnaani et Hofmann [66]).

Compte tenu de la diversité actuelle des systèmes de croyances socioculturelles des patients en matière de santé, répondre aux attentes spécifiques des patients peut représenter un défi pour les ostéopathes [29,76]. Par conséquent, les attentes des patients en matière de prise en charge ostéopathique devraient être étudiées, depuis le traitement et la prévention des affections liées aux troubles musculosquelettiques [77] dans un cadre biomédical occidental au soutien non spécifique du bien-être et de la santé dans un cadre MTCA [78].

	Compétences professionnelles	Prise en compte des limites professionnelles pour intégrer les valeurs et les attentes des patients en fonction de leurs croyances socioculturelles en santé	
		OSTÉOPATHE "TRADITIONNEL" > perspective occidentale	**OSTÉOPATHE "FACTUEL"** > perspective occidentale
		Sagesse de guérison du condor basée sur la spiritualité (perspective issue des MTCA)	**Sagesse de guérison de l'aigle** basée sur la science (perspective issue des MTCA)
1	Adopter une pratique fondée sur des données probantes comme tous les autres professionnels de santé en occident, afin de garantir une prise en charge sûre et éthique afin d'optimiser les résultats cliniques	Si nécessaire, considérer que les « preuves scientifiques » incluent également la littérature biomédicale occidentale	Si nécessaire, considérer que les « preuves scientifiques » incluent également la littérature sur l'anthropologie médicale
2	Être conscient de l'importance de respecter les croyances socioculturelles en santé des patients y compris lorsqu'elles diffèrent de celles des praticiens	Si nécessaire, envisager des formations continues professionnelles sur la connaissance des normes éthiques pour les professions de santé réglementées en occident	Si nécessaire, envisager des formations continues professionnelles sur les compétences interculturelles afin de tenir compte de la diversité des croyances socioculturelles en santé des patients
3	S'auto-éduquer sur les normes culturelles en santé spécifiques et consulter la littérature pour connaître différentes options de traitement spécifiques à la culture		
4	S'engager dans des formations continues pour développer les compétences interculturelles liées à la diversité des croyances socioculturelles en santé dans notre environnement occidental		
5	Effectuer une évaluation clinique du motif de consultation centrée sur la personne et culturellement sensible		
6	Explorer le point de vue du patient qui souhaite une prise en charge ostéopathique (scénarios symptomatiques ou non) pour optimiser l'alliance thérapeutique	Si nécessaire, envisager les domaines complexe, chaotique et confus du modèle Cynefin pour guider la prise en charge ostéopathique (scénarios non symptomatiques)	Si nécessaire, envisager les domaines simple et compliqué pour guider la prise en charge ostéopathique (scénarios symptomatiques)
7	Identifier et intégrer les forces et les ressources culturelles spécifiques aux patients dans les options de traitement		
8	Répondre aux valeurs et aux attentes des patients en adaptant les techniques et le narratif à leurs croyances socioculturelles en santé		

LE MODÈLE CYNEFIN

→ Une approche inclusive pour guider une prise en charge ostéopathique centrée sur la personne, culturellement sensible et fondé sur des données probantes

L'objectif de ce commentaire n'est pas de provoquer un conflit entre les connaissances occidentales et les connaissances issues des MTCA, mais d'équilibrer les opinions fortes et opposées qui existent actuellement au sein de la profession ostéopathique concernant les niveaux de preuves disponibles pour informer une PCCP (Tableau 1). Sans compétences transculturelles ou même sans avoir conscience que les patients puissent avoir des croyances socioculturelles en santé différentes des leurs, certains ostéopathes continueront à n'accorder de valeur qu'aux preuves biomédicales occidentales pour informer leur pratique et augmenteront la probabilité de verser dans ce qui a été décrit ailleurs comme un « racisme épistémologique occidental dans les soins de santé », défini comme l'ensemble des attitudes conscientes ou inconscientes qui favorisent la domination des connaissances occidentales sur les autres connaissances [79].

Par conséquent, l'exploration future de l'intérêt des PPHO au sein d'une pratique contemporaine devrait principalement se focaliser sur l'évaluation clinique d'une PCCP capable d'intégrer une diversité de croyances socioculturelles des patients relatives au rétablissement et au maintien de leur état de santé et de leur bien-être [78]. Ce commentaire n'a ainsi pas pour objectif de promouvoir l'utilisation exclusive des PPHO afin d'embrasser les mouvements actuels de soins en santé qui décolonisent et indigénisent le modèle biomédical occidental dominant [80]. Nous suggérons plutôt d'étudier les PPHO en tant qu'approche intégrative de soins délivrés aux patients afin de délimiter un champ d'exercice plus large de l'ostéopathie au sein des thérapies manuelles par rapport à d'autres professions qui ont une orientation de type l'OMPT et qui s'appuient exclusivement sur des preuves biomédicales occidentales focalisés sur les soins musculosquelettiques. Dans notre environnement occidental de soins en santé façonné par le modèle biomédical, les PPHO devraient être considérés comme de puissants outils professionnels pour structurer et promouvoir des soins culturellement sensibles, centrés sur le patient et fondés sur des preuves, et ainsi constituer un pilier solide pour l'avenir de la profession ostéopathique (Figure 2).

Dans le cadre de cette approche inclusive, le modèle Cynefin a été proposé pour aider les ostéopathes à comprendre ce qu'est une approche centrée sur le patient et culturellement sensible (figure 2). Les différents ensembles d'actions thérapeutiques et les narratifs associés sont présentés dans les cinq domaines du modèle Cynefin comme des options pour aider les patients à donner un sens aux changements attendus dans leurs perceptions corporelles en fonction de leurs croyances socioculturelles en santé.

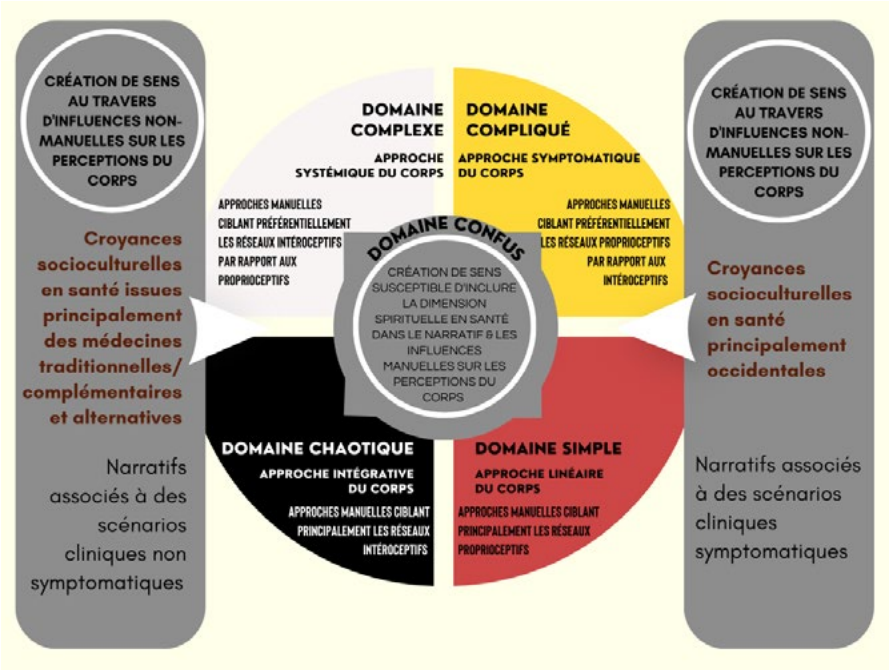

Figure 2 : **Une approche culturellement sensible, centrée sur le patient et fondée sur des données probantes, utilisant le modèle Cynefin pour la prise en charge ostéopathique** (adapté de Zegarra-Parodi et al.[78]).

Une variété de prises en charges ostéopathiques peut être proposée aux patients en fonction de leurs croyances, de leurs préférences et des attentes associées à leurs aspirations socioculturelles en matière de santé. Il est important de souligner que les patients peuvent demander une prise en charge ostéopathique pour améliorer leur état de santé qu'ils présentent ou non des symptômes physiques[81]. En effet, la santé a été décrite comme une expérience silencieuse où les patients ont peu conscience d'être en bonne santé jusqu'à ce que l'apparition de symptômes requière leur attention[72]. La façon de percevoir, d'exprimer et de contrôler la douleur étant un comportement acquis et spécifique à une culture, une exploration anthropologique de la douleur et de la variété des significations et des conséquences de la souffrance peut être utile aux praticiens pour améliorer leur compréhension de la douleur et de la souffrance humaines au-delà de leur environnement local.

Une approche biopsychosociale et spirituelle des symptômes des maladies musculosquelettiques[82] a été proposée et inclut explicitement les dimensions spirituelles affectives, comportementales et cognitives afin d'optimiser l'alliance thérapeutique[50]. L'application clinique d'une telle approche pourrait affiner la PCCP et justifier l'utilisation des PPHO au sein d'une pratique contemporaine

mais cette approche devrait toutefois être conforme aux principes éthiques pour garantir un pluralisme des soins en santé [43]. Malgré la validation scientifique de l'approche biopsychosociale, une grande partie des pratiques ostéopathiques reste fermement ancrée dans une approche biomédicale [83,84]. Selon Naylor et al. [85], si le passage à une approche centrée sur la personne constitue une approche holistique allant au-delà des modèles biomédicaux et biopsychosociaux, la prise en charge des troubles musculosquelettiques qui resterait axée sur des régions corporelles spécifiques, risquerait de rester à la traîne. Une façon d'éviter ce résultat serait l'adoption d'une approche narrative qui responsabilise les patients. En effet, les pratiques basées sur la narration et centrées sur la personne ont émergé en réponse aux défauts perçus de l'approche biomédicale occidentale [85].

La mise en œuvre de différentes compétences, connaissances et valeurs professionnelles dans les soins cliniques est complexe mais cruciale pour obtenir la satisfaction des patients et de meilleurs résultats cliniques. Une étude récente menée auprès d'ostéopathes a examiné les processus de prise de décision lors du choix de différentes approches pour la prise en charge thérapeutique avec un contenu basé sur un modèle théorique de trois approches pour le praticien : le soignant, le communicant ou l'éducateur [86]. Ce modèle a déplacé les perspectives spécifiques d'une prise en charge manuelle vers l'importance de la narration pour aider les patients à donner un sens à leurs perceptions corporelles pendant le traitement [86]. La justification clinique attribuée aux narratifs associés aux PPHO, tels que l'interaction entre le body, le mind et le spirit et les capacités d'autoguérison du corps, est d'aider chaque patient à donner un sens à leur expérience personnelle des symptômes physiques. Cette approche serait particulièrement bénéfique pour les patients qui n'ont pas perçu de résultats positifs lors de soins antérieurs reposant uniquement sur des cadres épistémologiques occidentaux (figure 2).

Cette même perspective pourrait s'appliquer à d'autres rituels de guérison fréquemment observés en ostéopathie tels que l'évaluation et le traitement manuel de zones asymptomatiques du corps afin de construire des alliances thérapeutiques spécifiques qui aident les patients à donner un sens à leurs symptômes physiques perçus dans d'autres régions anatomiques.

Lors d'une PCCP, la prise en charge ostéopathique requière différents processus de décision et de rôles thérapeutiques pour les praticiens [72]. Tyreman a introduit le modèle Cynefin, qui signifie habitat en gallois, pour gérer la diversité des situations cliniques et accompagner les professionnels dans les processus de prise de décision clinique lorsque la complexité clinique remet en question la perspicacité, la prédiction et les décisions thérapeutiques [87,88]. Ce modèle a ensuite été introduit dans le domaine médical [89,90] et plus tard dans la prise en charge ostéopathique par Lunghi et Baroni [91] afin d'éclairer le raisonnement

clinique et les processus décisionnels. En se basant sur ce modèle Cynefin, différentes OMT peuvent être proposées aux patients et présentées comme des procédures manuelles qui vont influencer leurs perceptions corporelles dans un cadre épistémologique spécifique façonné par leurs principales socioculturelles socioculturelles en santé (Figure 2). Par exemple, des approches manuelles passives avec une utilisation minimale de techniques directes, indirectes ou combinées sur le corps ou une utilisation maximale de techniques systémiques, homéostatiques-adaptogènes sur le corps peuvent être proposées et combinées avec des approches actives, telles que des conseils sur le mode de vie, l'exercice et la nutrition, et avec des stratégies descendantes, telles que la pleine conscience pour la gestion du stress [91]. Selon ce modèle, une prise en charge ostéopathique centrée sur la personne qui inclurait la dimension spirituelle en santé pourrait également être proposée comme une autre stratégie descendante.

Il est important de noter que les quatre domaines du modèle Cynefin peuvent illustrer les approches actuelles basées ou non sur la présence de symptômes pour une prise en charge ostéopathique. Dans les domaines simples et compliqués, un modèle basé sur les symptômes conduit le processus de prise de décision pour l'évaluation, le diagnostic et le traitement ; et les stratégies de gestion sont généralement sélectionnées à partir des preuves et de l'expérience du praticien dans des contextes cliniques similaires. Dans les domaines complexes et chaotiques, des considérations supplémentaires - des narratifs sur le sens, le but et la signification de l'individu par rapport à lui-même, à sa famille, à ses proches, à la communauté, à la nature et au sacré exprimés par des croyances, des valeurs, des traditions et des pratiques - peuvent être incorporées au rituel de guérison pendant l'évaluation, le diagnostic et le traitement. L'intégration multimodale des informations intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives et des caractéristiques spatiales et contextuelles façonne la signification et l'impact psychophysiologique du toucher [52]. Ce processus de création de sens peut ainsi être intégré dans différents narratifs, en fonction de l'approche occidentale ou MTCA sous-jacente liée aux croyances socioculturelles en santé des patients.

Dans le cadre du processus d'acquisition de connaissances sur un système adaptatif complexe, le modèle Cynefin peut également prendre en compte ses situations cliniques dans lesquelles il n'est pas possible de déterminer clairement lequel des quatre domaines s'applique, c'est-à-dire l'espace désordonné ou confus qui est représenté graphiquement au centre du modèle entre les domaines simple/compliqué et complexe/chaotique [92]. L'espace confus aide à ne pas s'identifier de manière excessive au mental et aux connaissances du praticien et souligne également l'importance de l'intuition du patient pour clarifier l'intégration des fonctions psychobiologiques avec les domaines existentiel et spirituel. Bien qu'un espace confus semble représenter une contradiction interne irrésoluble ou une disjonction logique, il peut toutefois être aussi considéré comme un espace

sûr et contemplatif pour aider le patient à réfléchir à des situations difficiles et indécises et à se connecter à d'autres solutions possibles. À partir de là, les patients peuvent mieux s'intégrer dans leur contexte et leur environnement spécifiques, tandis que les praticiens peuvent encourager la signification et la croissance personnelle qui vont permettre à leurs patients de développer des valeurs et une meilleure conscience de leur corps par le biais d'approches thérapeutiques manuelles et non manuelles décrites en ostéopathie [92].

Les patients souffrant de douleurs chroniques peuvent constituer un bon exemple clinique pour illustrer l'espace confus du modèle Cynefin. Ils sont en effet susceptibles d'avoir une mauvaise conscience de leur corps mais également d'être épuisés et déçus par les professionnels de santé rencontrés précédemment, surtout s'ils avaient des croyances socioculturelles de santé différentes des leurs qui n'ont pas été prises en compte [93]. Comme le préconisent Louw et al. [93], les scénarios cliniques de ce type nécessitent une plus grande attention afin que les patients puissent donner un sens à leur maladie et aux stratégies thérapeutiques proposées. La meilleure façon d'aider ces patients est de créer un espace thérapeutique qui favorise la création de sens. Lorsque de tels scénarios cliniques se trouvent dans l'espace confus, le modèle Cynefin peut aider les praticiens à cesser de s'identifier excessivement à leurs connaissances et à leur intuition et plutôt commencer à aider les patients dans leur processus de création de sens, par exemple en fournissant une perspective différente à partir d'une décision partagée [92]. En outre, le temps est également nécessaire pour mieux comprendre l'intuition du patient concernant l'intégration de différents processus pour les perceptions physiques issues de leur corps, leur fonction et la place accordée au domaine existentiel, qui peuvent être perçus différemment en fonction des croyances socioculturelles en santé [92].

En utilisant mieux les comportements non-verbaux, des techniques utilisant un toucher intéroceptif et des procédures basées sur la pleine conscience qui favorisent une communication efficace, il est possible de créer une meilleure alliance thérapeutique lors de la prise en charge ostéopathique [94]. En effet, les stratégies thérapeutiques basées sur le toucher s'avèrent précieuses pour la création d'un accord de collaboration lié aux objectifs et aux tâches et pour le développement de relations fructueuses et d'une communication coopérative au sein d'une alliance thérapeutique, en particulier pour les patients déroutés par des croyances socioculturelles en santé qui ne font pas partie de leur vision habituelle du monde [78,91]. Le toucher joue également un rôle dans le développement de la synchronisation par une catégorisation plus précise des individus, où des boucles de rétroaction plus adaptatives sont créées pour minimiser la surprise, augmenter la compréhension des symptômes et réduire le stress physique et psychologique, autant d'éléments cruciaux pour améliorer la vie quotidienne [95-97].

Le principe ostéopathique body-mind-spirit et l'intégration de la dimension spirituelle en santé, qui caractérisent les PPHO, au sein de l'espace confus du modèle Cynefin peut favoriser une meilleure compréhension et un meilleur équilibre des croyances socioculturelles en santé des patients et des praticiens (figure 2). Pour éviter une mauvaise interprétation des valeurs et des attentes des patients, les ostéopathes disposent ici de différentes options issues des différents domaines pour gérer la complexité clinique et favoriser une alliance thérapeutique plus forte grâce à une approche centrée sur la personne. Étant donné que les attentes et les besoins des patients varient dans le cadre de la prise en charge ostéopathique, les bonnes questions doivent être posées tout au long des processus de décision partagée. Du point de vue du patient, la capacité à s'engager de manière significative dans une approche thérapeutique donnée exige qu'il croie en l'efficacité du traitement pour sa situation spécifique ou en l'approche utilisée mais il faut cependant que le traitement soit adapté au style de vie du patient [85]. Cette idée de prêter une attention particulière aux narratifs individuels des patients diverge des rôles attribués aux praticiens dans un cadre biomédical occidental qui, généralement, donnent la priorité au diagnostic et à la gestion des manifestations physiques [85]. Pour reconnaître le patient en tant qu'individu, les praticiens doivent ainsi rencontrer verbalement et non verbalement leurs patients sur un pied d'égalité, valider leurs expériences et individualiser leur traitement [51]. De plus, les praticiens doivent être ouverts, réfléchis, conscients et sensibles aux signaux verbaux et non verbaux, et trouver un équilibre entre l'engagement avec le patient avec, par exemple, le regard et la prise de notes pendant l'entretien [51].

Selon Shaw et al. [52], les ostéopathes ont le potentiel d'influencer positivement les croyances des patients en matière de santé, la conscience de leur corps et les expériences antérieures qui influencent les comportements d'évitements de la douleur. Malheureusement, il existe peu d'informations sur la manière dont les changements positifs se produisent ou sur les obstacles qui limitent les changements pour les patients et les praticiens. Les données actuelles suggèrent qu'une communication spécifique tant verbale que non verbale, sur les OMT, renforce l'alliance thérapeutique grâce à un « rituel de l'acte thérapeutique social » [52]. Pour mieux répondre aux valeurs et aux attentes des patients, nous devons alors accepter que les PPHO soient associées à un narratif spécifique et à des compétences manuelles héritées des MTCA et qu'elles sont différentes des compétences professionnelles associées à la prise en charge musculosquelettique fondée sur les preuves biomédicales. Différents facteurs contextuels présents lors de la rencontre thérapeutique entre le patient et le praticien, tels que les rituels et les signes associés aux processus de guérison, peuvent ainsi déclencher des effets placebo ou nocebo [52]. Pour cette raison, l'adoption de l'anthropologie médicale, une discipline qui étudie la santé et la maladie dans le contexte de

différents milieux socioculturels, peut aider les ostéopathes à mieux décrire la diversité des attentes des patients en fonction de leurs croyances socioculturelles en santé, qu'elles soient occidentales ou issues des MTCA (Figure 2).

Il existe déjà des études qui ont évalué les prédicteurs cliniques pour cibler les patients susceptibles de s'améliorer après une prise en charge ostéopathiques[98], de nouvelles mesures décrites par les patients pour évaluer leurs croyances socioculturelles en santé, pouvant varier d'une perspective occidentale à une perspective issue des MTCA, pourraient également être inclues afin de déterminer les narratifs et les rituels de guérison potentiellement associés à des résultats cliniques positifs. Ces données qualitatives permettraient d'établir un cadre épistémologique spécifique pour l'utilisation des PPHO dans un cadre de soins occidental et d'identifier les sous-groupes de patients les plus susceptibles de s'améliorer grâce à son utilisation. À l'instar des épistémologies illustrant la manière dont le narratif et les rituels de guérison issus des MTCA sont positionnés comme alternatifs dans le contexte socioculturel des patients, les ostéopathes « traditionnels » qui s'appuient sur les PPHO devraient relever activement le défi de construire un nouvel espace de connaissances distinct qui reflète une partie de notre identité professionnelle dans un environnement occidental désormais fondé sur les preuves.

DISCUSSION

Les PPHO sont désormais remis en question par les preuves biomédicales occidentales actuelles qui sont concentrées sur l'évaluation de la maladie disease, c'est-à-dire sur sa composante biologique et du point de vue objectif du praticien[39]. Ainsi, deux groupes professionnels différents coexistent au sein des ostéopathes : les praticiens « traditionnels » qui suivent les PPHO en dépit des preuves contre ces modèles et les praticiens « factuels » qui s'orientent désormais vers l'OMPT. Ces deux approches thérapeutiques proposées aux patients soulèvent des inquiétudes quant à l'identité professionnelle spécifique et durable à long terme des ostéopathes au sein de notre environnement occidental. Pour dépasser l'ethnocentrisme biomédical dominant en occident dans le domaine des thérapies manuelles, une perspective anthropologique permettant d'évaluer les valeurs et les attentes des patients devrait désormais être intégrée dans la prise en charge ostéopathique. Plus spécifiquement, l'alliance thérapeutique qui incorpore les rituels et les narratifs associés à la guérison ainsi que les différentes procédures manuelles devraient être améliorée afin de proposer une PCCP culturellement sensible, qui constitue la pierre angulaire des soins de santé en occident[65]. Permettre aux ostéopathes de de recentrer sur la conscience et la sensibilité culturelles permettrait de réfléchir aux préjugés implicites et de

reconnaître leurs effets négatifs potentiels sur la qualité des soins ; de telles réflexions permettront également aux ostéopathes de mieux répondre aux diverses valeurs et attentes des patients [64]. En outre, un narratif spécifique associé aux PPHO pourrait être inclus dans certaines épistémologies issues des MTCA pour aider les patients à donner un sens à ce type de croyances socioculturelles en santé qui ne sont pas dominantes en occident. Nous pensons que cette approche intégrative unique entre les traditions biomédicales occidentales et MTCA était historiquement présente dès la création de la profession ostéopathique [1].

Dans le présent commentaire, la catégorisation des ostéopathes « traditionnels » et « factuels » a été utilisée pour illustrer des positions professionnelles extrêmes. Nous avons cependant inclus une discussion sur la perspective anthropologique manquante sur les PPHO pour aider la profession à dépasser ces points de vue contradictoires et ce mode de pensée en silo, inflexible, qui est inutile pour les patients, les praticiens, les enseignants, les chercheurs et les décideurs politiques, en particulier lorsqu'il s'agit de décrire le champ d'exercice des professionnels de santé réglementés dans un environnement occidental dominant.

À notre connaissance, le présent essai est le premier à décrire spécifiquement une perspective anthropologique des PPHO. Par ailleurs, notre perspective anthropologique médicale sur l'héritage des principes de MTCA retrouvés dans les PPHO a été proposée pour faire progresser la profession ostéopathique en promouvant une PCCP éthique, culturellement sensible et fondé sur des preuves au sein de notre environnement occidental séculaire. De telles approches inclusives sont susceptibles de répondre aux valeurs et aux attentes des patients, qu'elles soient fondées sur des croyances socioculturelles occidentales ou non occidentales, et d'améliorer leur satisfaction et les résultats cliniques. Nous reconnaissons cependant certaines limites associées à notre approche de ce sujet. Par exemple, la description utilisée pour représenter les défis actuels de la profession d'ostéopathe était basée sur des études spécifiquement choisies pour promouvoir les discussions entre praticiens et pour les sensibiliser à la nécessité de promouvoir une approche inclusive au travers des soins culturellement sensibles et de futures recherches devraient ainsi être, selon nous, fondées sur cette perspective anthropologique. La profession ostéopathique devrait envisager d'organiser une conférence de consensus qui inclurait une participation plus large de groupes ostéopathiques internationaux, tels que des cliniciens, des enseignants, des patients, des parties prenantes et d'autres professionnels de la santé [99,100].

Une première étape de ce processus de consensus consisterait à décrire qualitativement et quantitativement les défis actuels entre les groupes « traditionnels » et les groupes « factuels » à propos de l'intérêt clinique des PPHO au sein d'une pratique contemporaine.

CONCLUSIONS

Les compétences interculturelles ont été introduites dans l'enseignement des soins de santé occidentaux afin d'aider les cliniciens à renforcer l'alliance thérapeutique et à améliorer les résultats cliniques pour les patients. La sensibilisation à l'importance de ces compétences dans les soins cliniques peut toutefois s'avérer difficile pour des praticiens qui n'ont jamais été exposés à des patients ayant des systèmes de croyances socioculturels non occidentaux. Pour répondre à ces défis et aux différents points de vue décrits par les professionnels de santé, notre commentaire avait pour but de mettre en lumière la pratique actuelle de la profession ostéopathique à travers le prisme des systèmes de croyances socioculturels occidentaux et non occidentaux.

Tous les ostéopathes partagent le même intérêt pour l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de leurs patients, mais la diversité des croyances socioculturelles en santé, tant du point de vue des praticiens que des patients, est un élément clé qui explique probablement la diversité des rituels de guérison, des narratifs et des techniques ostéopathiques observés dans la prise en charge thérapeutique. En l'absence d'un cadre éthique professionnel clair, les distinctions entre les narratifs pseudo-scientifiques/nocebo et les narratifs ancrés issus des MTCA, tous deux observés actuellement dans la profession ostéopathique, restent floues. Ce problème doit impérativement être abordé de toute urgence par la profession ostéopathique, pas seulement en raison du flou associé à notre identité professionnelle, mais parce que nous devons avant tout protéger le public et nous assurer qu'ils reçoivent tous une PCCP éthique, fondée sur les preuves et culturellement sensible.

RÉFÉRENCES

1. Zegarra-Parodi, R.; Draper-Rodi, J.; Haxton, J.; Cerritelli, F. The Native American Heritage of the Body-Mind-Spirit Paradigm in Osteopathic Principles and Practices. Int. J. Osteopath. Med. 2019, 33, 31–37. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2019.10.007.

2. Stark, J.E. An Historical Perspective on Principles of Osteopathy. Int. J. Osteopath. Med. 2013, 16, 3–10. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.10.001.

3. Guillaud, A.; Darbois, N.; Monvoisin, R.; Pinsault, N. Reliability of Diagnosis and Clinical Efficacy of Cranial Osteopathy: A Systematic Review. PLoS ONE 2016, 11, e0167823. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167823.

4. Guillaud, A.; Darbois, N.; Monvoisin, R.; Pinsault, N. Reliability of Diagnosis and Clinical Efficacy of Visceral Osteopathy: A Systematic Review. BMC Complement. Altern. Med. 2018, 18, 65. https://doi.org/10.1186/s12906-018-2098-8.

5. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Guide D'information Et De Prévention Contre Les Dérives Thérapeutiques. Available online: https://www.ordremk.fr/actualites/kines/le-conseil-national-publie-un-guide-dinformation-et-de-prevention-contre-les-derives-therapeutiques/ (accessed on 22 September 2022).

6. Leboeuf-Yde, C.; Innes, S.I.; Young, K.J.; Kawchuk, G.N.; Hartvigsen, J. Chiropractic, One Big Unhappy Family: Better Together or Apart? Chiropr. Man. Ther. 2019, 27, 4. https://doi.org/10.1186/s12998-018-0221-z.

7. McGrath, M.C. From Distinct to Indistinct, the Life Cycle of a Medical Heresy. Is Osteopathic Distinctiveness an Anachronism? Int. J. Osteopath. Med. 2013, 16, 54–61. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.08.004.

8. Thomson, O.P.; MacMillan, A.; Draper-Rodi, J.; Vaucher, P.; Menard, M.; Vaughan, B.; Morin, C.; Alvarez, G.; Sampath, K.K.; Cerritelli, F.; et al. Opposing Vaccine Hesitancy During the COVID-19 Pandemic: A Critical Commentary and United Statement of an International Osteopathic Research Community. Int. J. Osteopath. Med. 2021, 39, A1–A6. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2021.02.002.

9. Chen, P.A.; Cheong, J.H.; Jolly, E.; Elhence, H.; Wager, T.D.; Chang, L.J. Socially Transmitted Placebo Effects. Nat. Hum. Behav. 2019, 3, 1295–1305. https://doi.org/10.1038/s41562-019-0749-5.

10. Sheehan, C. Psychological Anthropology and Medical Anthropology: A Brief History of Ideas and Concepts. Ir. J. Psychol. Med 2022, 39, 115–120. https://doi.org/10.1017/ipm.2021.34.

11. Free, M.M. Cross-Cultural Conceptions of Pain and Pain Control. Baylor University Medical Center, Dallas, TX, USA, 11 December 2002; Volume 15, pp. 143–145. https://doi.org/10.1080/08998280.2002.11927832.

12. Tucker, C.M.; Marsiske, M.; Rice, K.G.; Nielson, J.J.; Herman, K. Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care: Model Testing and Refinement. Health Psychol. 2011, 30, 342–350. https://doi.org/10.1037/a0022967.

13. Paul-Savoie, E.; Bourgault, P.; Potvin, S.; Gosselin, E.; Lafrenaye, S. The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. Pain Res. Manag. 2018, 2018, 6375713. https://doi.

org/10.1155/2018/6375713.

14. Sinnott, J.D. "A Time for the Condor and the Eagle to Fly Together": Relations between Spirit and Adult Development in Healing Techniques in Several Cultures. J. Adult Dev. 2001, 8, 241–247. https://doi.org/10.1023/A:1011342612898.

15. Bertero, C. Guidelines for Writing a Commentary. Int. J. Qual. Stud. Health Well-Being 2016, 11, 31390. https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31390.

16. Vogel, S.; Zegarra-Parodi, R. Relevance of Historical Osteopathic Principles and Practices in Contemporary Care: Another Perspective from Traditional/Complementary and Alternative Medicine. Int. J. Osteopath. Med 2022, 44, 1–2. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2022.04.008.

17. Ericsson, K.A.; Prietula, M.J.; Cokely, E.T. The Making of an Expert. Harv. Bus. Rev. 2007, 85, 114.

18. Baethge, C.; Goldbeck-Wood, S.; Mertens, S. Sanra: A Scale for the Quality Assessment of Narrative Review Articles. Res. Integr. Peer. Rev. 2019, 4, 5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8.

19. World Health Organization. Traditional, Complementary and Integrative Medicine. Available online: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1 (accessed on 22 September 2022).

20. Rountree, J.; Smith, A. Strength-Based Well-Being Indicators for Indigenous Children and Families: A Literature Review of Indigenous Communities' Identified Well-Being Indicators. Am. Indian Alsk. Native Ment. Health Res. 2016, 23, 206–220. https://doi.org/10.5820/aian.2303.2016.206.

21. Still, A.T. Autobiography of Andrew T. Still; A.T. Still: Kirksville, MO, USA, 1897.

22. Howard, J.H. Shawnee! The Ceremonialism of a Native American Tribe and Its Cultural Background; Ohio University Press: Athens, OH, USA, 1981; ISBN 978-0821406144.

23. Nauman, E. Native American Medicine and Cardiovascular Disease. Cardiol. Rev. 2007, 15, 35–41. https://doi.org/10.1097/01.crd.0000197977.68113.32.

24. Vuckovic, N.H.; Williams, L.A.; Schneider, J.; Ramirez, M.; Gullion, C.M. Long-Term Outcomes of Shamanic Treatment for Temporomandibular Joint Disorders. Perm. J. 2012, 16, 28–35. https://doi.org/10.7812/tpp/12-004.

25. Still, A.T. Philosophy of Osteopathy; A. T. Still: Kirksville, MO, USA, 1899.

26. Rogers, F.J.; D'Alonzo, G.E., Jr.; Glover, J.C.; Korr, I.M.; Osborn, G.G.; Patterson, M.M.; Seffinger, M.A.; Taylor, T.E.; Willard, F. Proposed Tenets of Osteopathic Medicine and Principles for Patient Care. J. Am. Osteopath. Assoc. 2002, 102, 63–65.

27. Evans, D.W. Osteopathic Principles: More Harm Than Good? Int. J. Osteopath. Med. 2013, 16, 46–53. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.08.006.

28. Lloyd, L.F.; Dunn, L.R. Mind-Body-Spirit Medicine: Interventions and Resources. JAAPA 2007, 20, 31–35. https://doi.org/10.1097/01720610-200710000-00019.

29. World Health Organization. Benchmarks for Training in Traditional/Complementary and Alternative Medicine: Benchmarks for Training in Osteopathy; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2010; ISBN 9789241599665.

30. Advertising Standards Authority. Health: Osteopathy. Available online: https://www.asa.org.uk/advice-online/health- osteopathy.html (accessed on 22 September 2022).

31. Menard, M.; Draper-Rodi, J.; Merdy, O.; Wagner, A.; Tavernier, P.; Jacquot, E.; Mhadhbi, H. Finding a Way Between Osteopathic Principles and Evidence-Based Practices: Response to Esteves et al. Int. J. Osteopath. Med. 2020, 37, 45–47. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.07.006.

32. Fryer, G. Integrating Osteopathic Approaches Based on Biopsychosocial Therapeutic Mechanisms. Part 2: Clinical Approach. Int. J. Osteopath. Med. 2017, 26, 36–43. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2017.05.001.

33. Lederman, E. A Process Approach in Osteopathy: Beyond the Structural Model. Int. J. Osteopath. Med. 2017, 23, 22–35. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2016.03.004.

34. National Institute for Health and Care Excellence. Low Back Pain and Sciatica in over 16s: Assessment and Management. Available online: https://www.nice.org.uk/guidance/NG59/chapter/Recommendations#non-inva-

sive-treatments-for-low-back-pain-and-sciatica (accessed on 22 September 2022).

35. Esteves, J.E.; Cerritelli, F.; Kim, J.; Friston, K.J. Osteopathic Care as (En) Active Inference: A Theoretical Framework for Developing an Integrative Hypothesis in Osteopathy. Front. Psychol. 2022, 13, 812926. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.812926.

36. International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists Incorporated. OMPT Definition. Available online: https://www.ifompt.org/About+IFOMPT/OMPT+Definition.html (accessed on 22 September 2022).

37. Helman, C.G. General Practitioner as Social Anthropologist. Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.) 1981, 282, 787–788. https://doi.org/10.1136/bmj.282.6266.787.

38. Ventriglio, A.; Torales, J.; Bhugra, D. Disease Versus Illness: What Do Clinicians Need to Know? Int. J. Soc. Psychiatry 2017, 63, 3–4. https://doi.org/10.1177/0020764016658677.

39. Esteves, J.E.; Zegarra-Parodi, R.; van Dun, P.; Cerritelli, F.; Vaucher, P. Models and Theoretical Frameworks for Osteopathic Care: A Critical View and Call for Updates and Research. Int. J. Osteopath. Med. 2020, 35, 1–4. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.01.003.

40. Tyreman, S. An Anthropo-Ecological Narrative. In Textbook of Osteopathic Medicine; Mayer, J., Standen, C., Eds.; Elsevier: Berlin, Germany, 2018; pp. 159–165, ISBN 978-0702052651.

41. Hanssen, D.J.C.; Bos, L.R.; Finch, T.L.; Rosmalen, J.G.M. Barriers and Facilitators to Implementing Interventions for Medically Unexplained Symptoms in Primary and Secondary Care: A Systematic Review. Gen. Hosp. Psychiatry 2021, 73, 101–113. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.10.004.

42. Graver, C.J. Functional Somatic Syndrome: Assessment and Management. J. Am. Osteopath. Assoc. 2017, 117, 511–519. https://doi.org/10.7556/jaoa.2017.101.

43. Agarwal, V. Complementary and Alternative Medicine Provider Knowledge Discourse on Holistic Health. Front. Commun 2018, 3, 15. https://doi.org/10.3389/fcomm.2018.00015.

44. van Elk, M.; Aleman, A. Brain Mechanisms in Religion and Spirituality: An Integrative Predictive Processing Framework. Neurosci. Biobehav. Rev. 2017, 73, 359–378. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.031.

45. Barraca, J.; Nieto, E.; Polanski, T. An Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)-Based Conflict Prevention Program: A Pre- Pilot Study with Non-Clinical Couples. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 9981. https://doi.org/10.3390/ijerph18199981.

46. World Health Organization. Who We Are: Constitution. Available online: https://www.who.int/about/who-we-are/constitution (accessed on 22 September 2022).

47. Hey, W.T.; Calderon, K.S.; Carroll, H. Use of Body-Mind-Spirit Dimensions for the Development of a Wellness Behavior and Characteristic Inventory for College Students. Health Promot. Pract. 2006, 7, 125–133. https://doi.org/10.1177/1524839904268525.

48. Schutzler, L.; Witt, C.M. Body-Efficacy Expectation: Assessment of Beliefs Concerning Bodily Coping Capabilities with a Five- Item Scale. Evid.-Based Complement. Alternat. Med. 2013, 2013, 152727. https://doi.org/10.1155/2013/152727.

49. Coulter, I.; Snider, P.; Neil, A. Vitalism-a Worldview Revisited: A Critique of Vitalism and Its Implications for Integrative Medicine. Integr. Med. 2019, 18, 60–73.

50. Zegarra-Parodi, R.; Draper-Rodi, J.; Cerritelli, F. Refining the Biopsychosocial Model for Musculoskeletal Practice by Introducing Religion and Spirituality Dimensions into the Clinical Scenario. Int. J. Osteopath. Med. 2019, 32, 44–48. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2019.04.001.

51. Hutting, N.; Caneiro, J.P.; Ong'wen, O.M.; Miciak, M.; Roberts, L. Patient-Centered Care in Musculoskeletal Practice: Key Elements to Support Clinicians to Focus on the Person. Musculoskelet. Sci. Pract. 2022, 57, 102434. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102434.

52. Shaw, R.; Abbey, H.; Casals-Gutiérrez, S.; Maretic, S. Reconceptualizing the Therapeutic Alliance in Osteopathic Practice: Integrating Insights from Phenomenology, Psychology and Enactive Inference. Int. J. Osteopath. Med. 2022, 46, 36–44. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2022.06.003.

53. Nguyen, C.; Boutron, I.; Zegarra-Parodi, R.; Baron, G.; Alami, S.; Sanchez, K.; Daste, C.; Boisson, M.; Fabre, L.; Krief, P.; et al. Effect of Osteopathic Manipulative Treatment vs Sham Treatment on Activity Limitations in Patients with Nonspecific Subacute and Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern. Med. 2021, 181, 620–630. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.0005.

54. Alvarez, G.; Zegarra-Parodi, R.; Esteves, J.E. Person-Centered Versus Body-Centered Approaches in Osteopathic Care for Chronic Pain Conditions. Ther. Adv. Musculoskelet. Dis. 2021, 13, 1759720X211029417. https://doi.org/10.1177/1759720X211029417.

55. Blasini, M.; Peiris, N.; Wright, T.; Colloca, L. The Role of Patient-Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. Int. Rev. Neurobiol. 2018, 139, 211–231. https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.07.033.

56. Rossettini, G.; Carlino, E.; Testa, M. Clinical Relevance of Contextual Factors as Triggers of Placebo and Nocebo Effects in Musculoskeletal Pain. BMC Musculoskelet. Disord. 2018, 19, 27. https://doi.org/10.1186/s12891-018-1943-8.

57. Peters, D. (Ed.). Understanding the Placebo Effect in Complementary Medicine: Theory, Practice and Research; Harcourt Publishers: Edinburgh, UK, 2001; ISBN 9780443060311.

58. Evers, A.W.M.; Colloca, L.; Blease, C.; Annoni, M.; Atlas, L.Y.; Benedetti, F.; Bingel, U.; Buchel, C.; Carvalho, C.; Colagiuri, B.; et al. Implications of Placebo and Nocebo Effects for Clinical Practice: Expert Consensus. Psychother. Psychosom. 2018, 87, 204–210. https://doi.org/10.1159/000490354.

59. Rossettini, G.; Camerone, E.M.; Carlino, E.; Benedetti, F.; Testa, M. Context Matters: The Psychoneurobiological Determinants of Placebo, Nocebo and Context-Related Effects in Physiotherapy. Arch. Physiother. 2020, 10, 11. https://doi.org/10.1186/s40945- 020-00082-y.

60. Kaptchuk, T.J. Placebo Studies and Ritual Theory: A Comparative Analysis of Navajo, Acupuncture and Biomedical Healing. Philos. Trans. R. Soc. B Biol. Sci. 2011, 366, 1849–1858. https://doi.org/10.1098/rstb.2010.0385.

61. Ostenfeld-Rosenthal, A.M. Energy Healing and the Placebo Effect: An Anthropological Perspective on the Placebo Effect. Anthropol. Med. 2012, 19, 327–338. https://doi.org/10.1080/13648470.2011.646943.

62. Gukasyan, N.; Nayak, S.M. Psychedelics, Placebo Effects, and Set and Setting: Insights from Common Factors Theory of Psychotherapy. Transcult. Psychiatry. 2022, 59, 652–664. https://doi.org/10.1177/1363461520983684.

63. Dupuis, D. Psychedelics as Tools for Belief Transmission: Set, Setting, Suggestibility, and Persuasion in the Ritual Use of Hallucinogens. Front. Psychol. 2021, 12, 730031. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730031.

64. Shahzad, S.; Ali, N.; Younas, A.; Tayaben, J.L. Challenges and Approaches to Transcultural Care: An Integrative Review of Nurses' and Nursing Students' Experiences. J. Prof. Nurs. 2021, 37, 1119–1131. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001.

65. Lin, I.; Wiles, L.; Waller, R.; Caneiro, J.P.; Nagree, Y.; Straker, L.; Maher, C.G.; O'Sullivan, P.P.B. Patient-Centred Care: The Cornerstone for High-Value Musculoskeletal Pain Management. Br. J. Sports Med. 2020, 54, 1240–1242. https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101918.

66. Asnaani, A.; Hofmann, S.G. Collaboration in Multicultural Therapy: Establishing a Strong Therapeutic Alliance across Cultural Lines. J. Clin. Psychol. 2012, 68, 187–197. https://doi.org/10.1002/jclp.21829.

67. Jivens, M.; Okafor, I.; Beverly, E.A. Osteopathic Medical Students' Understanding of Race-Based Medicine. J. Osteopath. Med. 2022, 122, 277–287. https://doi.org/10.1515/jom-2021-0228.

68. Chabloz, N. Peaux Blanches, Racines Noires: Le Tourisme Chamanique De L'iboga Au Gabon; Academia-L'Harmattan s.a.: Louvain- la-Neuve, Belgium, 2014; ISBN 978-2806102119.

69. Dupuis, D. L'ayahuasca Et Son Ombre. L'apprentissage De La Possession Dans Un Centre Chamanique D'amazonie Péruvienne. J. Soc. Am. 2018, 104, 33–63. https://doi.org/10.4000/jsa.16320.

70. Fotiou, E. From Medicine Men to Day Trippers: Shamanic Tourism in Iquitos, Peru. Doctor of Philosophy, Dissertation, University of Wisconsin-Madison, Madison, WI, USA, 2010.

71. Jervis, F. Ethnomedical Tourism in the Amazon: More Than Drugs and Desperation? Conference proceedings. Assembleia Anual da Sociedade de Antropologia da Consciência (Brazil), 20 March 2010.

72. Tyreman, S. Trust and Truth: Uncertainty in Health Care Practice. J. Eval. Clin. Pract. 2015, 21, 470–478. https://doi.org/10.1111/jep.12332.

73. General Osteopathic Council. Updated Osteopathic Practice Standards. Available online: www.osteopathy.org.uk/news-and- resources/document-library/osteopathic-practice-standards/updated-osteopathic-practice-standards/ (accessed on 22 September 2022).

74. Thomson, O.P.; Petty, N.J.; Moore, A.P. Reconsidering the Patient-Centeredness of Osteopathy. Int. J. Osteopath. Med. 2013, 16, 25–32. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.03.001.

75. Liem, T.; Lunghi, C. Reconceptualizing Principles and Models in Osteopathic Care: A Clinical Application of the Integral Theory. Altern. Ther. Health Med. 2021, AT6750. Online ahead of print.

76. Fahlgren, E.; Nima, A.A.; Archer, T.; Garcia, D. Person-Centered Osteopathic Practice: Patients' Personality (Body, Mind, and Soul) and Health (Ill-Being and Well-Being). PeerJ 2015, 3, e1349. https://doi.org/10.7717/peerj.1349.

77. Tripodi, N.; Garrett, A.; Savic, D.; Robertson, L.; Volarich, S.; Sirgiovanni, T. Patient Expectations of Manual and Non-Manual Therapy within an Osteopathic Consultation: A Cross Sectional Study. Int. J. Osteopath. Med. 2021, 39, 41–46. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.08.002.

78. Zegarra-Parodi, R.; Esteves, J.E.; Lunghi, C.; Baroni, F.; Draper-Rodi, J.; Cerritelli, F. The Legacy and Implications of the Body- Mind-Spirit Osteopathic Tenet: A Discussion Paper Evaluating Its Clinical Relevance in Contemporary Osteopathic Care. Int. J. Osteopath. Med. 2021, 41, 57–65. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2021.05.003.

79. Kubota, R. Confronting Epistemological Racism, Decolonizing Scholarly Knowledge: Race and Gender in Applied Linguistics. Appl. Linguist. 2020, 41, 712–732. https://doi.org/10.1093/applin/amz033.

80. Swidrovich, J. Decolonizing and Indigenizing Pharmacy Education in Canada. Curr. Pharm. Teach. Learn. 2020, 12, 237–243. https://doi.org/10.1016/j.cptl.2019.11.018.

81. Suárez Álvarez, Ó.; Ruiz-Cantero, M.T.; Cassetti, V.; Cofiño, R.; Álvarez-Dardet, C. Salutogenic Interventions and Health Effects: A Scoping Review of the Literature. Gac. Sanit. 2021, 35, 488–494. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.12.002.

82. Smith, D. Reflecting on New Models for Osteopathy: It's Time for Change. Int. J. Osteopath. Med. 2019, 31, 15–20. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.10.001.

83. Dinis, M.; Silva, C.; Cruz, R.; Esteves, J.; Nunes, A. The Portuguese Osteopaths' Attitudes Towards a Biomechanical or Biopsychosocial Model in the Approach of Chronic Low Back Pain: A Cross-Sectional Questionnaire-Based Survey. Int. J. Osteopath. Med. 2022, 45, 17–24. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2022.06.001.

84. Macdonald, M.; Vaucher, P.; Esteves, J.E. The Beliefs and Attitudes of UK Registered Osteopaths Towards Chronic Pain and the Management of Chronic Pain Sufferers: A Cross-Sectional Questionnaire Based Survey. Int. J. Osteopath. Med. 2018, 30, 3– 11. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.07.003.

85. Naylor, J.; Killingback, C.; Green, A. What Are the Views of Musculoskeletal Physiotherapists and Patients on Person-Centred Practice? A Systematic Review of Qualitative Studies. Disabil. Rehabil. 2022, 1–12, Online ahead of print. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2055165.

86. Thomson, O.P.; Anstiss, V. The Development and Exploratory Analysis of the Osteopaths' Therapeutic Approaches Questionnaire (Osteo-TAQ). Int. J. Osteopath. Med. 2020, 37, 17–24. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.07.002.

87. Snowden, D.J.; Boone, M.E. A Leader's Framework for Decision Making. A Leader's Framework for Decision Making. Harv. Bus. Rev. 2007, 85, 68–76, 149.

88. Snowden, D. The Social Ecology of Knowledge Management. In Knowledge Horizons: The Present and the Promise of Knowledge Management; Despres, C., Chauvel, D., Eds.; Butterworth-Heinemann: Boston, MA, USA, 2000; pp. 237–266, ISBN 978- 0750672474.

89. Kempermann, G. Cynefin as Reference Framework to Facilitate Insight and

Decision-Making in Complex Contexts of Biomedical Research. Front. Neurosci. 2017, 11, 634. https://doi.org/10.3389/fnins.2017.00634.

90. Gray, B. The Cynefin Framework: Applying an Understanding of Complexity to Medicine. J. Prim. Health Care 2017, 9, 258–261. https://doi.org/10.1071/HC17002.

91. Lunghi, C.; Baroni, F. Cynefin Framework for Evidence-Informed Clinical Reasoning and Decision-Making. J. Am. Osteopath. Assoc. 2019, 119, 312–321. https://doi.org/10.7556/jaoa.2019.053.

92. Snowden, D. Cynefin: Weaving Sense-Making into the Fabric of Our World; Greenberg, R., Bertsch, B., Eds.; Cognitive Edge: Singapore, 2021; ISBN 978-1735379906.

93. Louw, A.; Schmidt, S.; Zimney, K.; Puentedura, E.L. Treat the Patient, Not the Label: A Pain Neuroscience Update. J. Womens Health Phys. Ther. 2019, 34, 89–97. https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000121.

94. Lunghi, C.; Baroni, F.; Amodio, A.; Consorti, G.; Tramontano, M.; Liem, T. Patient Active Approaches in Osteopathic Practice: A Scoping Review. Healthcare 2022, 10, 524. https://doi.org/10.3390/healthcare10030524.

95. Baroni, F.; Ruffini, N.; D'Alessandro, G.; Consorti, G.; Lunghi, C. The Role of Touch in Osteopathic Practice: A Narrative Review and Integrative Hypothesis. Complement. Ther. Clin. Pract. 2021, 42, 101277. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101277.

96. McParlin, Z.; Cerritelli, F.; Friston, K.J.; Esteves, J.E. Therapeutic Alliance as Active Inference: The Role of Therapeutic Touch and Synchrony. Front Psychol 2022, 13, 783694. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.783694.

97. McParlin, Z.; Cerritelli, F.; Rossettini, G.; Friston, K.J.; Esteves, J.E. Therapeutic Alliance as Active Inference: The Role of Therapeutic Touch and Biobehavioural Synchrony in Musculoskeletal Care. Front. Behav. Neurosci. 2022, 16, 897247. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.897247.

98. Licciardone, J.C.; Gatchel, R.J.; Aryal, S. Targeting Patient Subgroups with Chronic Low Back Pain for Osteopathic Manipulative Treatment: Responder Analyses from a Randomized Controlled Trial. J. Am. Osteopath. Assoc. 2016, 116, 156–168. https://doi.org/10.7556/jaoa.2016.032.

99. Klintberg, I.H.; Cools, A.M.; Holmgren, T.M.; Holzhausen, A.C.; Johansson, K.; Maenhout, A.G.; Moser, J.S.; Spunton, V.; Ginn, K. Consensus for Physiotherapy for Shoulder Pain. Int. Orthop. 2015, 39, 715–720. https://doi.org/10.1007/s00264-014-2639-9.

100. McGlynn, E.A.; Kosecoff, J.; Brook, R.H. Format and Conduct of Consensus Development Conferences. Multi-Nation Comparison. Int. J. Technol. Assess. Health Care 1990, 6, 450–469. https://doi.org/10.1017/s0266462300001045.

Contributions des auteurs

Conceptualisation, Rafael Zegarra-Parodi (R.Z.-P.), Francesca Baroni (F.B.), David Dupuis (D.D.) et Christian Lunghi (C.L.) ; méthodologie, R.Z.-P. et C.L. ; Rédaction - préparation de la version originale, R.Z.-P. ; Rédaction - révision et édition, R.Z.-P., F.B., D.D. et C.L. ; Supervision, D.D. ; Administration du projet, R.Z.-P. ; Obtention du financement, R.Z.-P. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version publiée du manuscrit.

Financement

Cette recherche a été financée par le Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie (CEESO) Paris, Saint-Denis, 93200 (France), numéro de subvention #IEOR-2411.

Remerciements

Les auteurs remercient Deborah Goggin, MA, ELS, rédactrice scientifique au département de soutien à la recherche de l'A.T. Still University à Kirksville, Missouri (États-Unis d'Amérique), pour son aide à la rédaction. Les auteurs remercient Ildikó Neplaz, ostéopathe, pour son aide à la réalisation de ce livre.

Conflits d'intérêts

R.Z.-P., F.B. et C.L. déclarent un conflit d'intérêts car ils dispensent des cours de formation professionnelle continue sur l'intérêt clinique des principes et des pratiques historiques en ostéopathie au sein d'une pratique contemporaine. D.D. ne déclare aucun conflit d'intérêts. Le financeur n'a joué aucun rôle dans la conception ou la rédaction du manuscrit.

Mentions légales

Déclaration de l'Institutional Review Board : Non applicable.
Déclaration de consentement éclairé : Non applicable.
Déclaration de disponibilité des données : Non applicable.
Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

Mise en page

TITA Editions

THE BMS podcast

Afin de promouvoir notre Vision de la santé
centrée sur la personne et culturellement sensible,
et en faciliter sa compréhension par le modèle biomédical
mainstream, BMS Formation a créé
The BMS Podcast | promoting cultural sensitivity in Western healthcare
où de nombreux professionnels issus d'autres horizons
viendront partager leur compréhension de la santé,
de la maladie et du soin afin de mieux comprendre le point
de vue de l'autre sur ses croyances socioculturelles en santé
et ainsi favoriser des approches plus inclusives.

Retrouvez les versions originales de nos podcasts gratuitement en audio ou vidéo.

open.spotify.com/show/2GPK6SbZKX2HTqZN2PdofB

www.youtube.com/channel/UCa8FpLNe5t-_6hffcHV5aaw

www.patreon.com/BMSFormation/posts

Nos abonnés sur Patreon ont tous accès
aux versions vidéo sous-titrées en français, en anglais et en espagnol
ainsi qu'à certains enregistrements de nos formations continues.

20 € TTC
ISBN : 978-1-447836-64-3
9 781447 836643