

«OSTEOPATHIC MANUAL TREATMENT» (OMT) OU «ORTHOPAEDIC MANUAL THERAPY» (OMT) : QUELLE EST VRAIMENT LA DIFFÉRENCE ?

VAN DUN PATRICK (1, 2), ZEGARRA-PARODI RAFAEL (1, 3)

(1) Non-profit Foundation COME Collaboration, Italie.

(2) Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw (CORPP), Belgique.

(3) A.T. Still Research Institute, A.T. Still University, Kirksville, MO, USA.

Résumé : L'objectif de cet article est de commenter l'article de Hidalgo et Demoulin, lequel se proposait de comparer la thérapie manuelle orthopédique avec l'ostéopathie. Après une analyse attentive de la littérature scientifique pourtant disponible, il semble que les caractéristiques proposées par les auteurs aux fins de cette comparaison, telle l'intégration de la pratique fondée sur les preuves, les compétences techniques et l'accès aux soins, ne permettent pas de dessiner le caractère distinctif des deux professions. De plus, l'absence d'importantes données descriptives limite la portée des conclusions des auteurs. Enfin, nous suggérons qu'une analyse des concepts cliniques et des valeurs professionnelles, considérés comme les principes directeurs pour une prise de décision et une pratique clinique rationnelles, aurait probablement mieux caractérisé les deux professions et permis de les distinguer l'une de l'autre.

Mots-Clés : Thérapie manuelle orthopédique – Kinésithérapie – Ostéopathie – Analyse comparative

Osteopathic Manual Treatment (OMT) or Orthopedic Manual Therapy (OMT): what is the difference?

Summary : The purpose of this commentary is to discuss Hidalgo and Demoulin's paper where they intended to compare orthopaedic manual therapy with osteopathy. After careful analysis of the available literature, it appears that the proposed characteristics for comparison such as the integration of evidence-based practice, technical skills and access to care, fail to characterize the distinctiveness of both professions. Further, important descriptive data are missing thus limiting the conclusions of the authors. Finally, we think an analysis of clinical concepts and professional values, considered as guiding principles for rational decision making and clinical practice, would probably better have characterized the two professions and help distinguish them from each other.

Keywords : Orthopaedic manual therapy – Physiotherapy – Osteopathy – Comparative Analysis

Introduction

C'est avec beaucoup d'intérêt que nous avons lu l'article «Analyse comparative entre la thérapie manuelle orthopédique (TMO) et l'ostéopathie: une mise au point sur la situation en Belgique» de Hidalgo et Demoulin¹. Cette revue narrative de la littérature avait pour but de décrire et de comparer ces deux disciplines, principalement au regard de la situation belge. L'idée de l'article est louable, d'autant plus que les différences entre la TMO, une spécialité de la kinésithérapie, et l'ostéopathie ne sont pas toujours très claires, notamment pour les patients et les décideurs politiques. Bien que cette analyse comparative ait le mérite d'aborder ce sujet pour la première fois, elle semble parfois manquer de l'objectivité requise pour ce type de travail et certains thèmes importants qui auraient pu donner aux lecteurs une image plus claire des différences entre ces deux disciplines n'ont malheureusement pas été abordés. En effet, en l'absence de recherches qualitatives susceptibles d'expliquer différences et similitudes entre ces deux disciplines, cette «mise au point» aurait dû avoir pour objectifs principaux d'apporter des éclaircissements et de stimuler la recherche sur ce sujet en se basant sur la littérature scientifique récente, que nous nous proposons de présenter dans cette analyse.

1. Des données importantes manquantes ?

Afin de mieux apprécier ces différences, il aurait probablement fallu dans un premier temps inclure les données objectives publiées, donc disponibles, à propos de l'ostéopathie telles que les caractéristiques socio-démographiques et pratiques, la formation continue, le profil du patient, l'identité professionnelle et les compétences cliniques, pour n'en citer que quelques-unes. Certaines informations importantes mentionnées dans l'article sont par ailleurs incorrectes, telle le nombre d'ostéopathes, que les mutuelles belges estiment désormais à environ 2.100, dont plus de 1.200 sont membres d'une association socio-professionnelle (ASP). D'après l'étude OPERA, les ostéopathes belges reçoivent en moyenne 31 à 35 patients par semaine², ce qui porterait le nombre de consultations ostéopathiques par an à plus de 3

millions et la proportion de Belges ayant consulté un ostéopathe varie entre 5,7 %³ et 20 %⁴. Ces chiffres donnent une image plus précise de l'importance de l'ostéopathie auprès des patients en Belgique et l'absence de données similaires pour la TMO ne permet malheureusement pas de comparaison sur ce point. Cinquante-quatre articles étudiant la profession d'ostéopathe ont été publiés entre 1985 et 2017, principalement des enquêtes menées auprès d'ostéopathes et/ou de leurs patients, dont plusieurs ont été effectuées en Belgique au cours de la dernière décennie, ce qui a ainsi généré une source d'informations conséquente⁵ qui aurait ainsi pu être utilisées dans de nombreuses sections de l'article comme, par exemple, la publication récente du rapport coût-efficacité de la prise en charge ostéopathique des lombalgies et des cervicalgies⁶.

De plus, le nombre indiqué de kinésithérapeutes pratiquant la TMO en Belgique, non référencé, prête à confusion car les auteurs évoquent un chiffre supérieur à 1.000 diplômés en 2017⁷ et supérieur à 1.500 en 2019¹, soit une croissance démographique de 50 % en juste deux ans ? Par ailleurs, ces chiffres ne reflètent aucunement les compétences spécifiques utilisés par les kinésithérapeutes pratiquant la TMO au sein de leur cabinet de kinésithérapie et donc le pourcentage de professionnels pratiquant uniquement la TMO demeure malheureusement inconnu. Cela implique les chiffres «importants» cités dans l'introduction de l'article peuvent prêter à plusieurs interprétations possibles.

2. Une description partielle de l'historique de l'ostéopathie ?

Il apparaît que la section descriptive de l'historique de l'ostéopathie par Hidalgo et Demoulin est supérieure de 75 % par rapport à la TMO et l'examen attentif de la terminologie retenue par ces auteurs soulève également de nombreux questionnements. «Thérapeutes manuels renommés» et «critères d'excellence pour la prise en charge des troubles musculosquelettiques» sont utilisés pour la description et l'historique de la TMO, et nous retrouvons pour l'ostéopathie une terminologie comme: «une révélation divine»,

«des postulats métaphysiques, spiritualistes et vitalistes», «dogmes», «une certaine division de la profession» et «pas reconnue», pour n'en citer que quelques-unes. La tendance retenue par les auteurs de l'article semble ainsi clairement définie. La supposée «division» de la profession ostéopathique est ainsi abordée de façon caricaturale en ne présentant que les deux visions extrêmes avec «une tendance traditionnaliste» en opposition à «une tendance contemporaine» alors que la réalité est bien plus contrastée. Toujours selon les auteurs, les représentants de la première tendance s'appuieraient toujours sur des théories proposées par A.T. Still, «père fondateur» de l'ostéopathie et certains de ses «disciples» dont W.G. Sutherland. Ceux de la deuxième tendance rejetteraient ces théories dépassées ainsi que les pratiques associées aujourd'hui réfutées par la recherche. Ce faisant, Hidalgo et Demoulin donnent l'impression d'avoir pris le parti, discutable, que le caractère scientifique de l'ostéopathie est plus contestable que ce l'on pourrait attendre d'une profession médicale. Peut-être que leur position privilégiée de profession reconnue et établie de kinésithérapeute, dont la TMO est une compétence spécifique, joue-t-elle un rôle à cet égard et expliquerait ces préjugés que l'on retrouve dans plusieurs sections de l'article ?

Toute pratique clinique professionnelle dans le domaine de la santé nécessite une réflexion critique continue sur l'ensemble de ses savoirs, savoir-faire et savoir-être. Lorsqu'un nouveau corpus de connaissances est proposé, d'inévitables tensions apparaissent du fait de la cohabitation entre des approches «anciennes/traditionnelles» et «nouvelles/contemporaines». Ce coût cognitif pour certains praticiens, inhérent à toute évolution, ne sont pas du fait exclusif de la profession d'ostéopathe. Toutes les professions de santé sont en effet confrontées à des tensions de ce type avec une cohabitation de différents courants de pensées, avec certains professionnels qui ne suivent pas le courant dominant. Il est fréquent d'observer plusieurs identités professionnelles au sein d'une même profession de santé réglementée. A titre d'exemple, une étude qualitative qui a étudié la perception des pharmaciens à propos de leur identité professionnelle en a dénombré neuf distinctes⁸. Dans le domaine des thérapies

manuelles, la majorité des physiothérapeutes aux USA ne délivrent pas des soins conformes aux guides de bonne pratique⁹ et leurs collègues au Royaume-Uni travaillent plus selon une approche biomédicale traditionnelle qu'une approche active comportementale¹⁰. La TMO, elle aussi, n'échappe pas à ces discussions identitaires voire existentielles nécessaires au sein de chaque profession^{11,12}, car on y retrouve également différents «thérapeutes manuels renommés» avec leurs disciples respectifs regroupés autour de certains concepts cliniques et qui participent tout autant à entretenir certaines divisions au sein de leur profession. La réelle valeur ajoutée qu'aurait apportée ces arguments pour une analyse comparative sérieuse entre l'ostéopathie et la TMO est absente.

Outre le style d'écriture qui pourrait parfois être qualifié de partisan dans certaines sections de l'article, il contient également, malheureusement, des informations erronées. Il est ainsi impossible que «l'Union Professionnelle des Ostéopathes de Belgique (UPOB)» soit citée dans le Rapport KCE publié en 2010, puisque l'UPOB n'a vu le jour qu'en 2014. En outre, l'UPOB n'est pas la seule ASP d'ostéopathes et elle est née de la fusion de quatre et non de cinq ASP. Ce regroupement s'est d'ailleurs déroulé entre 2014 et 2017, et non entre 2000 et 2017.

3. Un enseignement de l'ostéopathie orienté par les preuves

Sur ce sujet, il est primordial de souligner que les d'ostéopathes ont résolument opté pour l'evidence-based medicine (EBM) en Belgique et elles n'y épargnent ni moyens ni efforts, bien que la reconnaissance de la profession se fasse attendre depuis 20 ans¹³⁻¹⁵. Elles appuient l'enseignement universitaire dispensé au sein de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et militent depuis des décennies pour un enseignement universitaire également en Flandre¹⁶. De plus, les ASP des ostéopathes sont très bien informées sur ce qui se passe au sein de leurs propres rangs et n'ont pas besoin d'utiliser les références d'autres groupes professionnels pour rédiger un excellent rapport concernant la satisfaction

de ses usagers^{17,18}. Dans une étude allemande récente, 96 % des ostéopathes ont déclaré être en accord avec l'affirmation que la pratique clinique ostéopathique devrait se développer à l'aide de preuves scientifiques contemporaines, et rien n'indique que cela pourrait se passer différemment en Belgique⁵.

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'ensemble des ASP d'ostéopathes a toujours été un fervent demandeur d'un enseignement universitaire et il apparaît que cette demande est partagée tant par le Centre Fédéral d'expertise des soins de santé que par la Chambre de l'Ostéopathie¹⁹, avec des représentants des différentes facultés de médecine Flamandes et Francophones²⁰. Dans le cadre de l'amélioration de la qualité pédagogique, plusieurs centres privés d'enseignement en ostéopathie ont également investi dans des collaborations avec des enseignements universitaires à l'étranger afin d'être en mesure de proposer des formations de type Master en ostéopathie étrangers²¹. Les titres universitaires de type Master délivrés en Europe sont légalement reconnus en Belgique et doivent donc être acceptés par les ASP²². Le niveau Master est inclus depuis septembre 2014 dans les conditions d'intégration de l'UPOB pour être accepté en tant que membre de cette ASP. Il apparaît également important de souligner le décalage entre les efforts des ASP d'ostéopathes en Belgique qui sont très importants au regard de l'absence actuelle d'actions concrètes du gouvernement pour approuver des exigences de qualité que la profession s'impose et qui ainsi sécuriseraient les garanties nécessaires pour des soins de qualité au patient. Cette inaction préjudiciable pour les patients en Belgique a, par ailleurs, valu au gouvernement une condamnation pour la non-application de la loi Colla²³.

4. Caractéristiques communes ou spécifiques ?

Il apparaît que pour l'essentiel de l'article, et notamment pour les caractéristiques spécifiques de l'ostéopathie et de la TMO, les auteurs ont fait le choix de faire la distinction entre des caractéristiques communes aux deux professions de celles qui caractérisent une seule profession. Cette distinction n'est cependant pas toujours

très claire lorsqu'on voit que des caractéristiques importantes tels que l'evidence-based practice, l'utilisation du modèle biopsychosocial et la relation importante entre structure et fonction, par exemple, se retrouvent tant dans le paragraphe des caractéristiques communes que dans celles propres à une seule profession. Cette confusion est regrettable au regard de différences jugées importantes par les auteurs pour certaines caractéristiques des deux courants actuels existants au sein de l'ostéopathie (traditionnelle versus contemporaine) mais qui ne le sont plus lorsqu'il s'agit de décrire «les différents courants» de la TMO. Cette absence de regard critique similaire pour évaluer deux professions ne contribue pas à l'objectif que s'était fixé les auteurs de cet article.

5. Techniques manuelles, champ d'application et accès aux soins

Nous constatons que les auteurs ont considéré que le travail au niveau de «l'axe crânio-sacré» ainsi les «mobilisations viscérales» relèveraient uniquement du domaine de l'ostéopathie. Il apparaît cependant que les kinésithérapeutes²⁴, les médecins spécialistes en médecine manuelle²⁵ et les chiropracteurs²⁶ utilisent également des techniques viscérales et crânielles dans leur cabinets. Il semblerait ainsi que d'autres professions de soins manuels s'intéressent également aux compétences techniques ostéopathiques, soulignant le fait que les techniques diagnostiques et thérapeutiques sont en réalité assez interchangeables et qu'une comparaison à ce niveau ne permet pas réellement de mieux comprendre de possibles différences entre des professions de soins manuels.

Il en va de même pour l'accès aux soins des patients, car, bien qu'ayant des profils de compétences différents, la kinésithérapie et l'ostéopathie ont une fonction en première ligne^{14,27}. De ce fait, le libre accès aux soins ne relève au final que d'une décision politique comme en témoigne les récentes tentatives de la ministre Dr De Block de placer l'ostéopathie sous prescription médicale ou, pour ce qui concerne la kinésithérapie, le libre accès accordé aux patients dans des pays voisins tels que le Royaume-Uni et les Pays-Bas.

Pour mieux apprécier les différences entre ostéopathie et TMO, il aurait fallu tout d'abord décrire et explorer davantage ces deux pratiques cliniques, c'est-à-dire évaluer de manière critique ce que font les kinésithérapeutes pratiquant la TMO et les ostéopathes, et ainsi mieux décrire les services proposés aux patients. La section de l'article concernant les motifs de consultation donne une assez bonne image. Nous souhaiterions ajouter cependant que, dans une démarche EBM, les ostéopathes peuvent également s'appuyer sur plusieurs revues systématiques pour une prise en charge manuelle en dehors du domaine d'indication des plaintes musculosquelettiques comme par exemple le syndrome de l'intestin irritable²⁸, les symptômes urinaires chez la femme²⁹, la pédiatrie³⁰⁻³², la néonatalogie³³, la pneumonie³⁴, la gynécologie et l'obstétrique³⁵. Les enquêtes effectuées auprès d'ostéopathes et de leurs patients donnent un meilleur aperçu des patients qui consultent un ostéopathe, et ces études confirment le large éventail du champ d'application couvert par l'ostéopathie et soulignent les compétences professionnelles spécifiques^{2,4,19,36}.

Bien qu'après l'obtention de leur diplôme en kinésithérapie, la plupart des ostéopathes belges soient parfaitement formés pour pouvoir proposer la rééducation fonctionnelle^{19,36}, les ASP belges en ostéopathie ont choisi de ne pas l'inclure dans son champ d'application afin de préciser la frontière entre la kinésithérapie et l'ostéopathie et dans l'espoir que cela mènera plus rapidement à l'application de la loi Colla³⁷. Cette vision du champ d'application (*scope of practice*) de l'ostéopathie diffère de celle du Royaume-Uni, où, par exemple, l'électrothérapie et la thérapie par l'exercice sont utilisés par les ostéopathes comme «méthodes complémentaires»³⁸. En tant que professionnels de la santé de première ligne, les ostéopathes devraient néanmoins avoir la possibilité de prescrire des radios standards et des IRM sans produits de contraste, conformément au profil de compétences qui a été adopté par la Chambre de l'ostéopathie³⁷.

6. Valeurs professionnelles en ostéopathie

Enfin, une analyse comparative approfondie des valeurs professionnelles (*professional values*) des deux professions aurait grandement contribué à les comparer. En effet, si l'on ne prend que l'exemple des compétences techniques : un kinésithérapeute qui «emprunte» des techniques ostéopathiques ne devient pas immédiatement un ostéopathe. En ostéopathie, l'utilisation des différentes techniques manuelles pendant une consultation répond à une vision systémique et non analytique de l'individu, tant sur le plan des relations anatomiques que dans son environnement psychosocial. En d'autres termes, la pratique clinique ostéopathique ne consiste pas à l'application d'une technique suite à une pathologie/plainte, mais plutôt en l'application d'une série de techniques sur une personne qui souffre d'une pathologie/plainte en s'adaptant constamment au caractère unique du patient. Ainsi les différences ne se situent non pas dans la technique manuelle per se mais dans leur utilisation par les professionnels. La description de l'approche systémique utilisée par les ostéopathes, et dont découle le raisonnement clinique, aurait donné une meilleure compréhension de la différence entre l'ostéopathie et la TMO.

Au final, ce sont l'ensemble des concepts cliniques et des valeurs professionnelles, considérés comme des fils conducteurs pour une prise de décision rationnelle et une pratique clinique, qui sont véritablement susceptibles de caractériser et donc de différencier une pratique professionnelle³⁹. Bien que certains de ces concepts et de ces valeurs aient été cités dans l'article de Hidalgo et Demoulin, ils apparaissent insuffisamment développés au regard de leur objectif fixé qui était de comparer les deux professions. D'autres recherches qualitatives seraient nécessaires pour explorer certaines différences entre l'ostéopathie et la TMO, dont l'identification des différences entre les valeurs affichées et celles réellement mises en pratique. Ceci veut dire que nous devrions désormais principalement étudier sur ce qui se fait réellement auprès des patients en pratique clinique.

Bien que Hidalgo et Demoulin reconnaissent que leur article ne présente pas l'ensemble des critères méthodologiques d'une revue

systématique, il apparaît regrettable que la littérature susmentionnée, décrivant pourtant de façon plus précise la profession d'ostéopathe, n'ait pas été incluse. Une plus grande rigueur méthodologique, aurait ainsi apporté aux lecteurs des éléments tangibles pour promouvoir une analyse critique pertinente de la «comparaison» qui était proposée.

Bibliographie

- Hidalgo B, Demoulin C. Analyse comparative entre la thérapie manuelle orthopédique et l'ostéopathie une mise au point sur la situation en Belgique. *Rev Med Liège*, 2019; 74(4): 204-211.
- van Dun P, Verbeeck J, Esteves J, Cerritelli F. Osteopathic Practitioners Estimates and Rates (OPERA) study Belgium - Luxembourg: Part II. *About Osteopathy*, 2019; 2: 31-36.
- Drieskens S. Contacten met beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen. In: Drieskens S, Gisle L (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten*. WIV-ISP, Brussel, 2015.
- van Dun P, Dobbelaere E, Simons E. Een kwantitatief onderzoek naar de bekendheid en het imago van de osteopathie in België in opdracht van de Beroepsvereniging voor Belgische Osteopaten (BVBO), 2019, Brussel.
- Dornieden R. *Exploration of the characteristics of German osteopaths and osteopathic physicians: Survey development and implementation*, 2019, University of Bedfordshire, Prof. Doctorate thesis.
- Verhaeghe N, Schepers J, van Dun P, Annemans L. Osteopathic care for low back pain and neck pain: a cost-utility analysis, *Complementary Therapies in Medicine*, 2018, 40:207-213.
- Demoulin C, Depas Y, Vanderthommen M, Henrotin Y, Wolfs S, Cagnie B, Hidalgo B. La thérapie manuelle orthopédique: définition, caractéristiques et mise au point sur la situation en Belgique. *Rev Med Liège*, 2017, 72, 126-131.
- Elvey R, Hassell K, Hall J. What do you think you are? Pharmacists' perceptions of their professional identity. *International Journal of Pharmacy Practice*, 2013; 21:322-332.
- Fritz JM, Cleland JA, Brennan GP. Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists? *Med Care*, 2007, 45:973-980.
- Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM: How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain*, 2008; 135:187-195.
- Meakins A. Manual therapy Sucks, 2017. En ligne: <https://thesportsphysio/2017/09/29/manual-therapy-sucks/> consulté le 16 novembre 2019.
- Kerry R. Physio will Eat Itself, 2017; <https://rogerkerry.wordpress.com/2017/04/24/physio-will-eat-itself/> consulté le 16 novembre 2019.
- van Dun P. *Beroepscompetentieprofiel Osteopathie*. Brussel, Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw); 2010.
- van Dun P, Hermans B., *Osteopathie: een medische praktijk in de eerste lijn*. Tweede druk, Belgische Vereniging voor Osteopathie, erkende Beroepsvereniging van de Belgische Osteopaten (BVBO-UPOB), Brussel; 2018.
- van Dun P, Barrix D. *Osteopathie en EBM*. Belgische Vereniging voor Osteopathie, erkende Beroepsvereniging van de Belgische Osteopaten (BVBO-UPOB), Brussel; 2015.
- Staten Generaal Osteopathie. GNRPO vzw, Brussel; 2007.
- Delterne E, Sermeus G. *Enquête: alternatieve geneeswijzen*. Test gezondheid nr. 81. Brussel, Verbruikersunie; 2007.
- Kupers P, Van Lissum D., Les patients satisfaits ?, *Test-Santé* (106), pp. 27-31, 2011.
- De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mèlard F, Mertens R, Piérart J, Robays J, Schmitz O, Vinck I, Kohn L. Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 148A. D/2010/10.273/91. En ligne: <https://kce.fgov.be/publication/report/osteopathy-and-chiropractic-state-of-affairs-in-belgium> consulté le 16 novembre 2019.

**KBC-
Mediservice:
makkelijk en
op maat.**

U staat altijd klaar voor uw patiënten. KBC staat altijd klaar voor u.



kbc.be/mediservice

20. Advies K3 van de Kamer voor osteopathie van 12 juni 2012 betreffende het opleidingsniveau om het vereiste profiel in de osteopathie te behalen. En ligne: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/paritaire_commissie_voor_de_niet-conventionele_praktijken/19083674.pdf consulté le 16 novembre 2019.
21. van Dun P, Simons E., Roncada G., Van den Bergh I. Osteopathie-onderwijs in België, *About Osteopathy*, 2018; 3: 16-21.
22. Artikel 25, §6, van het decreet van 4 april 2003 betreffende de herstructurering van het hoger onderwijs. En ligne: <https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=13425> consulté le 16 novembre 2019.
23. Belgische Senaat. *Wetsontwerp tot bekrachtiging van het koninklijk besluit van 6 april 2010*. En ligne: <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewTBlok&DADTUM=%2711/1/2010%27&TYP=handeen&VOLGNR=1&LANG=nl> consulté le 16 novembre 2019
24. Hanskamp M, Armijo-Olivo S, von Piekartz H. Is there a difference in response to manual cranial bone tissue assessment techniques between participants with cervical and/or temporomandibular complaints versus a control group? *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. doi:10.1016/j.jbmt.2019.02.001.
25. van Dun P. Bien communiquer à propos de l'ostéopathie. Un bât qui blesse? *About osteopathy*. 2013 ; 6: 12-16.
26. Bove GM, Chapelle SL, Hanlon KE, Diamond MP, Mokler DJ. Attenuation of postoperative adhesions using a modeled manual therapy. *PLoS ONE*. 2017; 12(6): e0178407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178407>.
27. Foster NE, Hartvigsen J, Croft PR. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis, *ArthritisResearch&Therapy*. 2012; 14:205.
28. Müller A, Franke H, Resch KL, Fryer G. Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: a systematic review. *J Am Osteopath Assoc*. 2014 Jun;114(6):470-9.
29. Franke H, Hoesle K. Osteopathic manipulative treatment (OMT) for lower urinary tract symptoms (LUTS) in women. *J Bodyw Mov Ther*. 2013 Jan;17(1):11-8. doi: 10.1016/j.jbmt.2012.05.001. Epub 2012; Jun 17.
30. Posadzki P, Lee MS, Ernst E. Osteopathic manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review. *Pediatrics*. 2013 Jul; 132(1): 140-52.
31. Dobson D, Lucassen PLBJ, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD004796.
32. Carnes D, Plunkett A, Ellwood J, Miles C. Manual therapy for unsettled, distressed and excessively crying infants: a systematic review and meta-analyses, *BMJ Open*. 2018 Jan; 24,8(1):e019040.
33. Lanaro D, Ruffini N, Manzotti A, Lista G. Osteopathic manipulative treatment showed reduction of length of stay and costs in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Mar; 96(12): e6408.
34. Yao S, Hassani J, Gagne M, George G, Gilliar W. Osteopathic manipulative treatment as a useful adjunctive tool for pneumonia. *J Vis Exp*. 2014 May 6;(87). doi: 10.3791/50687.
35. Ruffini N, D'Alessandro G, Cardinali L, Frondaromi F, Cerritelli F. Osteopathic manipulative treatment in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 26 (2016) 72-78.
36. van Dun PL, Nicolaie MA, Van Messem A, State of affairs of osteopathy in the Benelux: Benelux Osteosurvey 2013, *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2016; 20: 3-17.
37. Advies van de Kamer voor osteopathie betreffende de lijst met niet-toegestane en toegestane handelingen voor de osteopaten. En ligne: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/paritaire_commissie_voor_de_niet-conventionele_praktijken/19092396.pdf consulté le 16 novembre 2019.
38. Fawkes C, Leach J, Mathias S, Moore A. *The Standardised Data Collection Project – Standardised data collection within osteopathic practice in the UK: development and first use of a tool to profile osteopathic care in 2009*. London, National Council for Osteopathic Research (NCOR); June 2010.
39. Higgs J, Jones M. *Clinical decision making and multiple problem spaces*. In: Higgs J, Jones M, editors. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2008, p. 3-23.