

ANALYSE COMPARATIVE ENTRE LA THÉRAPIE MANUELLE ORTHOPÉDIQUE ET L'OSTÉOPATHIE

UNE MISE AU POINT SUR LA SITUATION EN BELGIQUE

HIDALGO B (1, 2, 3), DEMOULIN C (1, 4, 5)

RÉSUMÉ : La thérapie manuelle orthopédique (TMO) et l'ostéopathie coexistent depuis longtemps en Belgique pour prendre en charge les troubles musculosquelettiques (TMS). On comptabilise des millions de consultations par an pour ces deux disciplines. Chacune offre, à la fois, une bonne satisfaction des patients et une bonne efficacité clinique, un bon rapport coût-efficacité, ainsi que des effets secondaires mineurs. Néanmoins, une méconnaissance majeure demeure en Belgique au sujet de ces approches thérapeutiques. Une revue narrative rédigée par des experts Belges en ostéopathie et/ou en thérapie manuelle a été réalisée. La TMO et l'ostéopathie présentent plusieurs différences majeures en Belgique. Elles concernent l'accès direct, la reconnaissance comme profession de santé, les systèmes de remboursement, les types et l'organisation de l'enseignement, l'utilisation de la rééducation et du contrôle moteur, l'intégration du concept d'«evidence-based-practice», les motifs/indications de consultation, le degré de confiance dans le toucher à des fins diagnostiques et thérapeutiques. Cependant, plusieurs similitudes existent également, dont l'intégration du modèle bio-psycho-social, l'évaluation du système neuromusculo-squelettique, l'utilisation de techniques manuelles parfois identiques pour le traitement des TMS, une éducation thérapeutique du patient ainsi que l'utilisation d'un raisonnement clinique, propre, cependant, à chacune des disciplines. Cette analyse devrait aider les professionnels de la santé, les étudiants, ainsi que les patients à mieux comprendre les convergences et les divergences entre ces deux disciplines en Belgique.

MOTS-CLÉS : *Revue - Thérapie manuelle orthopédique - Kinésithérapie - Ostéopathie - Musculo-squelettique.*

COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN ORTHOPAEDIC MANUAL THERAPY AND OSTEOPATHY : FOCUS ON THE BELGIAN SITUATION

SUMMARY : Orthopaedic manual therapy (OMT) and osteopathy have been coexisting since a long time in Belgium to manage musculoskeletal disorders (MSDs). There are millions of consultations per year in these both disciplines. Both of them offer good clinical outcomes as well as patient satisfaction with care, good cost-effectiveness, as well as minor side effects. Nevertheless, a major misunderstanding remains in Belgium concerning these both professions. A narrative review by Belgian experts in osteopathy and/or in OMT has been undertaken. In Belgium, both professions present several major differences concerning the primary first care access, the recognition as health care profession, tailored reimbursement systems, types and organization of education, the use of rehabilitation and motor control, the integration of evidence based practice concept, the reasons/indications of consultation, the degree of confidence within the therapeutic touch concept. In the meantime, several similarities also exist including the integration of the bio-psycho-social model, the evaluation of the neuromusculoskeletal system and the treatment of MSDs using sometimes identical manual techniques, as well as the use of therapeutic education of the patient and specific clinical reasoning. This analysis may help health professionals, students and patients to better understand the convergences and divergences between these both disciplines of musculoskeletal care in Belgium.

KEYWORDS : *Review - Orthopaedic manual therapy - Physiotherapy - Osteopathy - Musculoskeletal*

INTRODUCTION

A travers le monde, la thérapie manuelle orthopédique (TMO) est définie comme étant une spécialisation de la kinésithérapie (1), tandis que l'ostéopathie est plutôt considérée comme étant une médecine manuelle (2, 3). Ces deux approches de soins de santé sont relativement répandues en Belgique, ce qui implique plusieurs millions de consultations par an. De nos jours, plus de 1.500 kinésithérapeutes Belges ont achevé une formation reconnue et disposent de la qualification professionnelle parti-

culière (QPP) en TMO (1). Par ailleurs, d'après les chiffres fournis par les mutualités Belges, il y aurait plus de 1.900 ostéopathes exerçant en Belgique (4, 5). Néanmoins, malgré ces chiffres importants, une méconnaissance majeure de la population générale, de la majorité du monde académique et politique, et, parfois même, de nombreux professionnels de la santé, demeure en Belgique au sujet de ces deux disciplines. De plus, alors que plusieurs analyses comparatives existent entre l'ostéopathie et la chiropractie (5-7) ou entre la TMO et la chiropractie (8), l'ostéopathie et la TMO n'ont jamais été directement comparées. Pourtant, ces deux professions ont en commun la prise en charge des troubles musculo-squelettiques (TMS). Ces TMS, qui constituent une des causes d'incapacité les plus fréquentes à travers le monde (9), sont le motif de consultation principal au sein des deux professions (1, 6).

Compte tenu des preuves, parfois limitées ou conflictuelles, quant à l'efficacité de divers

- (1) Faculté des Sciences de la Motricité, UCLouvain,
- (2) Neuro-Musculo-Skeletal Lab (NMSK-IREC-UCLouvain), Belgique.
- (3) Institut Parnasse-ISEI, Vinci, Bruxelles, Belgique.
- (4) Département des Sciences de la Motricité, Université de Liège (ULiège), Belgique.
- (5) Clinique du Dos, CHUOA Esneux, Belgique.

médicaments et de certaines interventions invasives fréquemment utilisés pour traiter les TMS ainsi que de leurs potentiels effets secondaires majeurs (10-12), l'ostéopathie ainsi que la TMO constituent des options de traitement conservateur pertinentes. En effet, plusieurs études ont mis en évidence leur efficacité clinique, leur bon rapport coût-efficacité, leurs effets secondaires mineurs, ainsi que la satisfaction des patients vis-à-vis de ces deux approches de traitement des TMS (10-17). Ces divers constats justifient la pertinence de cette revue narrative qui a pour objectifs de décrire et d'analyser ces deux disciplines, en examinant, en particulier, la situation en Belgique.

1. DÉFINITIONS

La TMO a été définie en 2004 par l'International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT) comme étant *«une spécialisation de la kinésithérapie/physiothérapie pour la prise en charge des troubles neuro-musculo-squelettiques (NMS) basée sur un raisonnement clinique et utilisant des approches thérapeutiques hautement spécifiques incluant des techniques manuelles et des exercices thérapeutiques. La TMO est également guidée par les preuves scientifiques et cliniques ainsi que par le cadre biopsychosocial propre à chaque patient.»* (18). Ainsi, bien que l'acronyme TMO suggère, à tort et littéralement, que cette prise en charge consiste exclusivement en un ensemble de techniques manuelles, la définition indique clairement qu'elle inclut, également, des techniques non manuelles comme les exercices thérapeutiques ou encore l'éducation thérapeutique du patient (1). En 2014, un Arrêté Royal (AR) belge a reconnu officiellement plusieurs QPP dans la profession de santé qu'est la kinésithérapie et la TMO en fait partie (19). Cette QPP concernant la TMO a été définie dans l'AR en se basant sur la définition ainsi que les standards d'éducation de l'IFOMPT.

Comme pour la TMO, le terme «ostéopathie» ne reflète pas vraiment la discipline qui porte ce nom. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme : *«un système de médecine qui met l'accent sur la théorie selon laquelle le corps peut fabriquer ses propres remèdes, compte tenu des relations structurelles normales, des conditions environnementales et de la nutrition. Il diffère de l'allopathie principalement par son attention accrue à la mécanique corporelle et aux méthodes manipulatoires en matière de diagnostic et de thérapie.»* (3).

Une norme Européenne relative à la prestation de soins d'ostéopathie a été développée

en collaboration avec le Comité Européen de Normalisation (CEN); elle définit l'ostéopathie comme étant : *«une discipline de la santé de premier contact centrée sur le patient, qui met l'accent sur la relation entre les structures et les fonctions du corps, stimule la faculté naturelle d'auto-guérison du corps et favorise une approche globale de la personne pour tout ce qui concerne la santé et le développement de la bonne santé, principalement par le biais d'un traitement manuel.»* (20).

Quant à la chiropractie, cette dernière se considère bien comme une thérapie manuelle mais distincte de l'ostéopathie et de la TMO (6, 8). Elle est historiquement apparue peu de temps après l'ostéopathie (20 ans), ce qui a occasionné à l'époque une grande rivalité entre ces deux disciplines (6). Cependant, elle n'a pas beaucoup percé en Belgique comparativement aux deux premières. Elle est définie comme étant une profession de santé qui s'intéresse au diagnostic, au traitement et à la prévention des désordres du système neuro-musculo-squelettique, en particulier sur la relation entre la structure de la colonne vertébrale du patient et la fonction des différentes parties du corps et/ou son état de santé général. L'accent est mis sur les traitements manuels incluant les ajustements articulaires et/ou techniques de manipulation avec une attention particulière à la subluxation vertébrale. Par conséquent, la technique de manipulation est l'action la plus représentative des chiropracteurs (6, 8).

2. HISTORIQUE

La kinésithérapie et, par conséquent, sa spécialisation en TMO ont émergé et grandi aux côtés de l'ostéopathie et de la chiropractie à travers les époques et les continents. L'histoire révèle d'ailleurs de nombreux échanges et contacts entre des grands noms de l'ostéopathie et de la TMO qui expliquent parfois certains points communs de ces approches (1, 21).

TMO

Bien qu'il y ait eu des précurseurs de renom en TMO au début du XX^{ème} siècle (21), c'est en 1974 que l'IFOMPT a été créée sous l'impulsion d'un groupe de thérapeutes manuels renommés (R. McKenzie, S. Paris, F. Kaltenborn, G. Maitland, Grieve et Thorsen). L'IFOMPT fait partie de la Confédération Mondiale des Kinésithérapeutes (WCPT reconnue par l'OMS). Elle regroupe, à travers le monde, les kinésithérapeutes qui ont achevé une formation spécialisée en TMO répondant à des critères d'excellence pour la prise en charge des TMS (1).

C'est en 1996 que la Belgique intègre l'IFOMPT et que la première organisation professionnelle belge en TMO voit le jour. Mais ce n'est qu'en 2014 qu'un Arrêté Royal (AR) Belge a officiellement reconnu la TMO (19). Depuis 2013, l'association MATHERA («Manual Therapy Association Belgium») constitue l'unique représentant auprès des associations nationales et internationales dans le domaine spécifique de la TMO.

OSTÉOPATHIE

C'est à la fin du XIX^{ème} siècle qu'Andrew Taylor Still (fils d'un pasteur méthodiste pratiquant également la médecine), médecin américain, a fondé l'ostéopathie après avoir été déçu par la médecine du Midwest (perte de plusieurs de ses enfants lors d'une épidémie de méningite) et suite à une révélation divine qu'il rapporte avec précision à la date du 22 juin 1874 à 10h00 (22). Selon ses théories originelles comprenant des postulats métaphysiques, spiritualistes et vitalistes, une maladie survient lorsqu'un blocage empêche la bonne circulation sanguine (6, 21-23). Les théories/dogmes du père de l'ostéopathie ont bien évolué depuis. Cela a commencé avec John Martin Littlejohn, un des premiers élèves de Still, qui a prôné une ostéopathie se basant davantage sur une anatomie et une physiologie plus rigoureuses. C'est Littlejohn qui amènera l'ostéopathie en Europe mais, malgré de nombreux efforts, il ne parviendra pas à obtenir la parité avec la médecine conventionnelle comme aux Etats-Unis. Il décidera, malgré tout, d'enseigner l'art et la science de l'ostéopathie à ses confrères médecins et kinésithérapeutes (6, 24).

C'est au début des années 1970 que les premiers ostéopathes, diplômés du Royaume-Uni ou de France, commencent à professer en Belgique. Ensuite, de nombreux enseignements privés voient le jour et leurs diplômés créent différentes unions professionnelles, ce qui conduit à une certaine division de la profession (6, 24). Entre les années 2000 et 2017, afin d'uniformiser la profession, cinq unions professionnelles parviennent à fusionner en une seule qui soit représentative. Il s'agit de l'Union Professionnelle des Ostéopathes de Belgique (UPOB) (6).

Bien que l'ostéopathie soit reconnue dans plusieurs pays d'Europe, et que la législation ("loi Colla") relative à la reconnaissance des pratiques médicales non conventionnelles (incluant l'ostéopathie) ait été votée en Belgique en 1999, elle n'est toujours pas reconnue aujourd'hui en Belgique comme profession de santé (6, 24) et

demeure encore dans un processus de reconnaissance au sein du Ministère de la Santé Belge.

Le fait qu'il existe de nos jours deux tendances bien distinctes de l'ostéopathie n'aide probablement pas à sa reconnaissance à travers le monde. Celles-ci concernent aussi bien la conception de la pratique clinique de l'ostéopathie que son enseignement. La première tendance, «traditionnaliste», est historiquement attachée au père fondateur de l'ostéopathie ainsi qu'à certains disciples (comme WG Sutherland) et considère donc que les théories de Still et de Sutherland sont toujours d'actualité. Cette position est donc délibérément dogmatique, réfutant, par essence, la mise à l'épreuve de l'ostéopathie par l'expérimentation scientifique (23), ainsi que l'application des guidelines pour le traitement des TMS (6, 25). «*Les enseignements de Still sont intemporels, car ils ne reposent pas sur les sables mouvants de la connaissance et des tendances scientifiques mais sur la sagesse invariante de la nature.*». Voilà ce qu'on pouvait lire, encore récemment, sur cette position traditionnaliste toujours fortement présente dans le monde ostéopathique (26). La seconde tendance préconise une ostéopathie «contemporaine», intégrée dans le monde de la santé en tant que pratique médicale manuelle. Cette position critique engendre, par conséquent, le rejet des théories obsolètes et des pratiques réfutées par la recherche (23). De nos jours, en Belgique, il reste difficile d'objectiver quelle est la tendance prépondérante, même s'il est probable que l'ostéopathie contemporaine est bien en marche.

3. MODES D'ENSEIGNEMENT ET INSTITUTIONS

TMO

Le titre de «Thérapeute manuel» est longtemps resté «non protégé» en Belgique. Cependant, suite à l'AR évoqué précédemment, l'obtention de la QPP et donc du titre de «thérapeute manuel» nécessite, depuis janvier 2017, la réussite d'un cursus académique comportant au moins 75 ECTS acquis après une formation générale en kinésithérapie et répondant à une série de critères inspirés de ceux formulés par l'IFOMPT (1). Actuellement, six programmes de formation en TMO (5 universitaires et une haute école) répondent aux critères de l'IFOMPT et de l'AR. Ces cursus majoritairement universitaires favorisent la recherche et la réalisation de thèses de doctorat dans le domaine de la TMO, ce qui favorise/soutient la démarche d'«Evidence-Based Practice» (EBP, par ana-

logie à l'«Evidence-Based Medicine» ou EBM dans son enseignement.

OSTÉOPATHIE

L'OMS (3) et le CEN (20) ont décrit les exigences en matière d'éducation ostéopathe. Ils distinguent deux types : le type I est une formation à temps plein, destinée aux personnes qui ont achevé leur cycle d'études secondaires ou un cursus équivalent tandis que le type II est destiné aux personnes qui ont déjà suivi une formation de professionnel de la santé (médecins ou kinésithérapeutes). Actuellement, la grande majorité des ostéopathes en Belgique ont suivi une formation d'ostéopathie de type II après une formation en kinésithérapie préalable (83,5 %, *versus* 1 % disposant d'un diplôme en médecine) (4, 6, 24). Bien que la Chambre d'Ostéopathie Belge ait recommandé, en 2012, que l'enseignement de l'ostéopathie soit de niveau master et soit organisé en Belgique au sein des universités (4, 24), seule une institution universitaire (ULB) propose, à ce jour et depuis 2004, une formation complète et à temps plein répondant à cette recommandation. Les formations privées de type I ou de type II demeurent, ainsi, très largement majoritaires en Belgique (6).

Au cours de la formation universitaire de type I de 6 ans (360 ECTS, soit 3 ans de baccalauréat, 2 ans de master et une année de master de spécialisation), les étudiants bénéficient de cours communs avec les étudiants des sciences de la motricité et avec les étudiants en médecine. Un diplôme de troisième cycle, c'est-à-dire un doctorat en sciences de la motricité orientation ostéopathie, est possible uniquement au sein de cette université proposant la formation de type I.

Même si les enseignements en ostéopathie sont suivis par la commission scientifique et de l'enseignement de l'UPOB, la prépondérance des instituts privés pour l'éducation de l'ostéopathie et l'absence d'un organisme effectif de contrôle extérieur - totalement indépendant et reconnu par l'OMS - pour faire des audits en Belgique sur leurs programmes, engendrent une certaine hétérogénéité au niveau des formations sur de nombreux critères. C'est ainsi le cas pour ce qui concerne le curriculum, les acquis d'apprentissage et le respect du profil de compétences, en particulier pour la sémiologie, le nombre d'heures et de crédits ECTS, les stages, les aptitudes pédagogiques et scientifiques des enseignants, etc. Le KCE rapportait, par ailleurs, en 2010, que les écoles privées en ostéopathie étaient plutôt «traditionnalistes» (6); une mise à jour serait, néanmoins, nécessaire

pour savoir si ce constat reste toujours d'actualité car les mentalités évoluent en ostéopathie, même si cela prend souvent du temps. En Belgique, il semblerait que tous les enseignements de type II soient conformes à la norme CEN, mais uniquement en ce qui concerne le nombre d'années minimales de formation (4 ans). Une très grande différence est, par contre, présente en termes de nombre total de jours de formation (90-190 jours) s'étalant sur 4 à 5 ans de formation (27).

4. CARACTÉRISTIQUES DES DEUX APPROCHES

Afin de comparer au mieux la TMO et l'ostéopathie, la description de leurs caractéristiques communes et particulières semble nécessaire (1, 3, 6, 24, 28).

Parmi les *caractéristiques communes*, on retrouve (18, 28) :

- une approche centrée sur le patient selon le modèle bio-psycho-social (BPS) et les facteurs d'hygiène de vie propre à chaque individu, ainsi que la responsabilisation du patient dans son propre processus de santé, en l'incitant à être acteur de sa santé et, par conséquent, la prise en compte du modèle de la santé selon l'OMS (modèle multifactoriel);
- la capacité et la volonté du thérapeute de travailler en partenariat avec l'ensemble des acteurs de la santé;
- la volonté de proposer une prise en charge curative et parfois préventive;
- la prise en compte de la forte relation entre la structure et la fonction et l'importance majeure de la restauration de la fonction;
- un raisonnement clinique élaboré qui se base sur une anamnèse et un examen physique poussés. La recherche de signes et de symptômes suggérant la nécessité de référer ou de renvoyer le patient à un autre professionnel de santé plus adapté constitue une première étape commune à la TMO et à l'ostéopathie. Cependant, la responsabilité de l'ostéopathe est plus grande dans ce premier triage, vu sa position de première ligne, ce qui justifie une formation plus poussée en sémiologie.

La réelle intégration du modèle EBP, dans l'enseignement comme dans la pratique clinique, constitue un challenge et une volonté commune des deux disciplines (6, 18, 28). Ce modèle EBP se base sur trois piliers fondamentaux qui doivent tous être pris en compte pour améliorer la prise de décision thérapeutique : (i) le patient

dans son modèle BPS qui lui est propre, (ii) le thérapeute avec sa propre expertise, ainsi que (iii) les meilleures preuves scientifiques sur le plan clinique en rapport avec le problème du patient. Néanmoins, alors que l'EBP constitue un des fondements de la TMO, comme en témoigne sa définition, impliquant par conséquent une évolution constante de son enseignement et de sa pratique, l'importance accordée au troisième pilier est variable en fonction de la tendance ostéopathique (traditionnelle *versus* contemporaine) à laquelle adhère le praticien, l'enseignant ou même l'institution.

Les autres *caractéristiques particulières* sont détaillées ci-dessous.

TMO

Conformément aux «guidelines» internationales, la TMO intègre l'ensemble des techniques thérapeutiques recommandées pour les TMS, à savoir une prise en charge rééducative pouvant combiner aussi bien des techniques passives, actives, des exercices supervisés et à domicile, ainsi que des parties de séances consacrées spécifiquement à de l'éducation thérapeutique (ex : neurophysiologie de la douleur, thérapie cognitivo-comportementale et fonctionnelle, influence des facteurs du modèle BPS et d'hygiène de vie, en particulier en cas de chronicisation des douleurs) ou aux altérations sensori-motrices et neurogènes. Ces différentes techniques seront utilisées en fonction du bilan et des besoins du patient. La TMO, étant une spécialisation de la kinésithérapie, elle propose une rééducation au sens large du terme, ce qui implique, le plus souvent, plusieurs séances consécutives (1).

Différents courants, développés par des précurseurs de la TMO, existent au sein de la TMO. Citons les concepts Maitland, McKenzie (connu, notamment, pour ses exercices basés sur la préférence directionnelle), Kaltenborn (mobilisation et manipulation basées sur les principes d'arthrocinématique) ou encore Mulligan (mobilisation associée à des mouvements actifs sans douleur). Malgré les différences existant entre ces différents concepts, ils se basent, tous, sur une approche individualisée et un raisonnement clinique spécifique (1). Actuellement, la TMO enseignée en milieu universitaire privilégie une approche intégrative, dans son raisonnement comme dans sa pratique clinique, de tous ces concepts en incluant le meilleur de chacun, sur base de la validation scientifique (EBP) ainsi que des recommandations de l'IFOMPT.

Les nombreux éléments pris en considération dans le raisonnement clinique en TMO sont

illustrés dans le modèle planétaire de Danneels et coll. L'analyse de ces différents éléments permet au thérapeute d'identifier les facteurs prédominants et de proposer une prise en charge rééducative adaptée aux besoins du patient (29). Des compléments d'information à ce sujet figurent dans l'article de Demoulin et coll. (1).

OSTÉOPATHIE

L'ostéopathie peut se caractériser par plusieurs principes majeurs que l'on retrouve à la fois dans ses définitions et ses origines. Les principes fondamentaux sont que la santé de l'être humain est basée sur (28) :

- (i) l'unité du corps et de l'esprit (vision globaliste);
- (ii) l'autorégulation du corps humain;
- (iii) les liens réciproques entre la structure et la fonction.

D'autres caractéristiques spécifiques déterminent également l'identité de l'ostéopathie. La prise en charge ostéopathique se caractérise par (28) :

- une pratique clinique spécifique qui se limite essentiellement à l'usage des mains («toucher ostéopathique») dans un but diagnostique et thérapeutique;
- la prise en compte de l'importante relation entre la structure et la fonction pour la santé du patient à laquelle est couplée la grande valeur du système locomoteur;
- une grande confiance dans la capacité d'auto-guérison du corps.

Enfin, le raisonnement clinique en ostéopathie se caractérise dans son approche en deux phases : l'ostéopathe commence par utiliser une approche biomédicale pour écarter certaines situations pathologiques (ex : red flags); il utilise, ensuite, un raisonnement systémique, en considérant tous les modèles ostéopathiques (30) de la relation structure-fonction pour l'identification manuelle de dysfonctions somatiques (31, 32), qu'il traite en quelques séances (rarement plus de 3 séances consécutives). Des compléments d'information sur ces modèles (biomécanique, neurologique, respiratoire/circulatoire, biopsychosocial, bioénergétique) figurent dans l'article de Grace et coll. (30). La formation ostéopathique ainsi que les ostéopathes accordent ainsi une très grande importance à l'anatomie, au système neurovégétatif, à la sémiologie et à l'«approche palpatoire», cette dernière étant beaucoup plus conséquente qu'en TMO.

Ainsi, alors que la reproduction des symptômes «locorégionale» constitue un élément important du bilan dans les deux disciplines,

l'ostéopathe accorde également une plus grande importance aux restrictions de mobilité de l'ensemble des tissus du corps humain, ne considérant pas uniquement le système musculo-squelettique et pas uniquement la zone dans laquelle les symptômes apparaissent (globalisme). Cette approche est contraire à celle des thérapeutes manuels qui restent, majoritairement, dans une logique d'interdépendance régionale organisée par quadrants distinctifs (quadrants supérieur et inférieur).

5. MOTIFS DE CONSULTATIONS ET INDICATIONS

Les TMS, et particulièrement les rachialgies, associées ou non à une radiculalgie, constituent les motifs de consultation les plus connus de la TMO et de l'ostéopathie (1, 6, 11-17, 28). Ils ont fait l'objet de la majorité des études sur le sujet, démontrant leur efficacité relative et respective (11-17). Néanmoins, les maux de tête, les plaintes temporo-mandibulaires, les algies lombo-pelviennes en *peripartum* constituent également des motifs de consultations communs à ces deux disciplines (6, 7, 18).

Cependant, l'ostéopathie ayant une vision plus globaliste de la santé du patient, c'est-à-dire non limitée au système musculo-squelettique, ainsi que plus systémique, sa pratique ne se limite pas uniquement aux TMS (3, 6, 7, 20, 28, 30). Parmi les autres motifs de consultations d'un ostéopathe, pour lesquels la littérature scientifique démontre généralement un faible niveau de preuve (6, 7), on retrouve, notamment, certaines plaintes ou dysfonctions spécifiques du nourrisson (reflux gastro-oesophagien, torticolis congénital, raideur cervicale, asymétrie crânienne ou de posture) ou moins spécifiques telles que la malocclusion, les troubles respiratoires (asthme, bronchite, pneumonie) et digestifs (notamment un côlon irritable), la prostatite chronique, les problèmes de la sphère ORL tels qu'une otite (surtout chez les enfants), les troubles du sommeil, voire même un simple sentiment d'inconfort.

6. TECHNIQUES UTILISÉES

Suite aux nombreux contacts entre certains thérapeutes de renom de ces deux disciplines, un transfert de plusieurs techniques s'est mis en place au cours du temps entre ces deux professions vers la recherche d'une plus grande efficacité. Par conséquent, certaines techniques pratiquées et enseignées telles que les manipulations («*thrust*») sont similaires dans les deux disciplines (1, 21). C'est aussi le cas pour l'utili-

sation des points gâchettes pour les syndromes myofasciaux douloureux (1, 6). Enfin, les deux disciplines ont également en commun la dispense régulière de conseils d'hygiène de vie et d'ergonomie (1, 6). Cependant, certains ostéopathes abordent, de manière plus approfondie, l'hygiène alimentaire et la nutrition comme éléments importants dans le raisonnement clinique (30).

Les deux disciplines comportent également des techniques qui leur sont propres. L'exemple le plus illustratif, lorsque l'on compare les deux professions, est que la TMO inclut l'utilisation de nombreux traitements non manuels (exercices thérapeutiques) permettant une véritable rééducation fonctionnelle qui lui est spécifique (1). En effet, la Chambre d'Ostéopathie de Belgique a formulé des recommandations très précises quant à la pratique ostéopathique et elle interdit «la rééducation fonctionnelle»; elle interdit par ailleurs les actes techniques tels que «l'emploi de matériel thérapeutique électrique, diagnostique ou mécanique» afin de poser clairement les frontières entre la kinésithérapie et l'ostéopathie et de rester en phase avec le champ d'application historique de la pratique ostéopathique (33). Par contre, le travail sur l'axe crânio-sacré ou encore les mobilisations viscérales constituent des techniques propres à l'ostéopathie traditionnelle (6).

7. ACCÈS AUX SOINS ET REMBOURSEMENT

Contrairement à l'ostéopathie, une prescription médicale demeure actuellement nécessaire en Belgique pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge en TMO. Les séances dispensées par les thérapeutes manuels sont ainsi reconnues et réglementées par l'assurance maladie-invalidité Belge (INAMI) et remboursées par les mutualités comme des séances de kinésithérapie traditionnelles jusqu'à 18 séances par an (23,50 euros/séance hors remboursement pour les kinésithérapeutes conventionnés et tarif libre pour les non-conventionnés) pour les pathologies courantes, ce qui permet une prise en charge rééducative plus longue quand le patient en a besoin (34).

L'ostéopathie dispose toujours d'un accès direct. Même si sa pratique est réglementée par la santé publique (34), elle n'est pas prise en charge par l'INAMI. Cependant, la majorité des assurances complémentaires proposées par les mutuelles ont inclus un remboursement très partiel pour ces consultations (environ 10 euros par séance, à raison de maximum 6-7 séances

par an, en moyenne). Ces consultations coûtent, chez un professionnel agréé de l'ostéopathie, entre 45 et 65 euros par séance, hors remboursement (6, 28).

8. LIMITES DE CETTE REVUE NARRATIVE

Cette revue de la littérature ne dispose pas des qualités méthodologiques d'une revue systématique, néanmoins difficilement applicable sur cette thématique, ou encore d'une étude qualitative de type «Delphi method» incluant un grand nombre d'experts dans ces deux disciplines.

CONCLUSION

Cette analyse comparative a mis en évidence des divergences importantes, mais également des points communs entre ces deux professions en Belgique. De plus, de nos jours, il semblerait qu'au sein même de l'ostéopathie Belge coexistent deux identités/tendances ostéopathiques : l'une plus traditionnelle et l'autre plus progressiste et, donc, plus scientifique. Les deux disciplines apparaissent tout-à-fait adaptées aux patients souffrant de TMS aigus, l'ostéopathie ayant l'avantage de l'accès direct mais le thérapeute manuel proposant des soins mieux remboursés. Néanmoins, en présence du risque de chronicisation, ou de chronicisation des symptômes, l'ostéopathie devrait idéalement être complétée par une approche rééducative qui est propre à la prise en charge en TMO.

BIBLIOGRAPHIE

- Demoulin C, Depas Y, Vanderthommen M, et al.— La thérapie manuelle orthopédique: définition, caractéristiques et mise au point sur la situation en Belgique. *Rev Med Liege*, 2017, **72**, 126-131.
- Klein P, Lepers Y, Salem W.— Intérêt de l'ostéopathie. *Rev Med Brux*, 2011, **32**, 369-374.
- World Health Organization. (2010). Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: benchmarks for Training in Osteopathy. En ligne : <https://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf> consulté le 2 novembre 2018.
- Van Dun P, Nicolaie MA, Van Messen A.— State of affairs of osteopathy in the Benelux: Benelux Osteosurvey 2013. *Int J Osteopath Med*, 2016, **20**, 3-17.
- Institut scientifique de santé publique. (2013). Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. En ligne : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/PE_FR_2013.pdf consulté le 2 novembre 2018.
- De Gendt T, Desomer A, Goossens M, et al. (2010). Synthèse du rapport du CFE 'Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique' (148B). Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2010. En ligne : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_148b_ostéopathie_et_chiropraxie_en_belgique_synthese.pdf consulté le 2 novembre 2018.
- Barry C, Falissard B. (2012). Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). En ligne : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteOsteopathie_2012.pdf consulté le 2 novembre 2018.
- Van de Veen EA, de Vet HC, Pool JJ, et al.— Variance in manual treatment of nonspecific low back pain between orthomanual physicians, manual therapists, and chiropractors. *J Manipulative Physiol Ther*, 2005, **28**, 108-116.
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al.— Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, **380**, 2163-2196.
- Maher CG, Ferreira PH., Pinheiro MB, et al.— Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ*, 2015, **350**, 1225.
- Fritz J, Kim J, Dorius J.— Importance of the type of provider seen to begin health care for a new episode of low back pain: associations with future utilization and costs. *J Eval Clin Pract*, 2016, **22**, 247-252.
- Childs JD, Fritz JM, Wu SS, et al.— Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. *BMC Health Serv Res*, 2015, **15**, 150.
- Franke H, Franke JD, Fryer G.— Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskel Disord*, 2014, **15**, 286.
- Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, et al.— The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *J Man Manip Ther*, 2014, **22**, 59-74.
- Franke H, Fulda KG, Fryer G.— Osteopathic manipulative treatment for chronic nonspecific neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Int J Osteopath Med*, 2015, **18**, 255-267.
- Hidalgo B, Hall T, Bossert J, et al.— The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. *J Back Musculoskel Rehabil*, 2017, **30**, 1149-1169.
- Furlan AD, Yazdi F, Tsertsvadze A, et al.— A systematic review and meta-analysis of efficacy, cost-effectiveness, and safety of selected complementary and alternative medicine for neck and low-back pain. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2012, **2012**, 1-61.
- International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT). En ligne : <http://www.ifompt.org/About+IFOMPT.html> consulté le 2 novembre 2018.

19. Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2014). Arrêté ministériel fixant les critères particuliers d'agrément autorisant les kinésithérapeutes à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière en thérapie manuelle. En ligne : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&c=2014042207&table_name=loi consulté le 2 novembre 2018.
20. Comité Européen de Normalisation. (2015). Norme Européenne: Prestations de soins d'ostéopathie. En ligne : <https://www.forewards.eu/resources/publications/> consulté le 2 novembre 2018.
21. Pettman E.— A history of manipulative therapy. *J Man Manip Ther*, 2007, **15**, 165-174.
22. Still AT.— *Autobiography of A.T Still*. Published by the author in 1908, Kirksville, 1-406.
23. Salem W, Lepers Y.— Vers une ostéopathie progressiste. *Mains Libres*, 2018, **3**, 1-2.
24. Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie (GNRPO asbl). (2010). En ligne : http://www.osteopathie-mechelen.be/sites/default/files/global/pages/over_ons/Publications/PCP_Osteopathie_GNRPO_FR.pdf consulté le 2 novembre 2018.
25. Figg-Latham J, Rajendran D.— The attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance: A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract* 2017, **27**, 97-105.
26. Lewis J.— Les enseignements intemporels d'A.T. Still. *Académie d'ostéopathie*, 2015, 1-4.
27. Van Dun P, Simons E, Roncada G, et al.- Enseignement de l'ostéopathie en Belgique. *About Osteopathy*, 2018, **4**, 22-27
28. Ostéopathie.be. Définition, principes et histoire de l'ostéopathie. En ligne : <https://osteopathie.be/fr/osteopathie-je-suis-patient/definition-principes-histoire-osteopathie/> consulté le 2 novembre 2018.
29. Danneels L, Beernaert A, De Corte K, et al.— A didactical approach for musculoskeletal physiotherapy : the planetary model. *J Musculoskel Pain* 2011,**19**, 218-24.
30. Grace S, Orrock P, Vaughan B, et al.— Understanding clinical reasoning in osteopathy: a qualitative research approach. *Chiropr Man Therap*, 2016, **24**, 6.
31. Licciardone JC, Nelson KE, Glonek T, et al.— Osteopathic manipulative treatment of somatic dysfunction among patients in the family practice clinic setting: A retrospective analysis. *J Am Osteopath Assoc*, 2005, **105**, 537-544.
32. Fryer G.— Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum. *Int J Osteopath Med*, 2016, **22**, 52-63.
33. Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2014). Profession des soins de santé, commission paritaire. En ligne: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/paritaire_commissie_voor_de_niet-conventionele_praktijken/19092396.pdf consulté le 2 novembre 2018.
34. Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.(2011). Dispenseurs de soins. En ligne : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/dispensateurs-de>, consulté le 2 novembre 2018.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Benjamin Hidalgo, Faculté des Sciences de la Motricité, UCLouvain, Bruxelles, Belgique.
Email : benjamin.hidalgo@uclouvain.be