

Intérêt de l'ostéopathie

Interest of osteopathy

P. Klein, Y. Lepers et W. Salem

Service d'Ostéopathie, Faculté des Sciences de la Motricité, ULB

RESUME

L'ostéopathie naît aux Etats-Unis au 19^{ème} siècle. Andrew Taylor Still, médecin du Middle-West, cherche une alternative à l'empirisme de la médecine dite " héroïque " qui se pratique dans ces régions reculées. L'ostéopathie, comme de nombreuses médecines alternatives de l'époque (homéopathie, éclectisme, etc.), se veut rationnelle et se fonde sur des postulats métaphysiques (vitalisme, perfection de l'être). Son approche thérapeutique est principalement manuelle. Aujourd'hui, les ostéopathes souhaitent sortir des dogmes fondateurs et rendre la pratique ostéopathique compatible avec les données des sciences biomédicales. Plusieurs travaux sociologiques montrent que malgré le manque d'études cliniques randomisées rigoureuses, l'ostéopathie est plébiscitée par le public. Les plus récentes méta-analyses très bien conduites concluent qu'un traitement se basant sur les manipulations vertébrales, s'avère aussi efficace que les autres approches classiques dans le cas des lombalgies et des cervicalgies qu'elles soient aiguës ou chroniques. L'effet " prise en charge " est discuté de même que l'effet placebo qui, au chevet du malade, prend toute son importance. La formation des futurs praticiens est une étape importante. Elle doit être garantie par un enseignement universitaire adéquat. Materia medica et chirurgie représentent les deux principales approches thérapeutiques en médecine, l'ostéopathie en tant que pratique manuelle, pourrait être la troisième.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 369-74

ABSTRACT

Osteopathy is originated in the 19th century in the United States. Andrew Taylor Still seek for an alternative medical system to the orthodox medicine largely empirical and advocating bloodletting, calomel, etc., all of which was resumed with terms like " heroic medicine ". Osteopathy as other alternative medical practices (homeopathy, eclecticism, etc.) based on rational and metaphysical postulates as vitalism or the fact that man is a divinely ordained machine. Still's approach was essentially manual and based on manipulation of the joints. Today osteopaths challenge these dogmas and seek to agree their practice within scientific biomedical standards. Even if strong randomized clinical trials are lacking, several surveys report how osteopathy gained public notoriety. Several recent meta-analyses pinpoint the benefit of the spinal manipulative treatment and even if there is no evidence that such an approach is superior to other advocated therapies there is no evidence that these therapies are more effective than the first one. The major indications for such a treatment are cervical and low back pain, either chronic or acute. The quality of the relationship between the practitioner and patient together with the placebo effect are important components of a treatment effect. Osteopathic education is an important aspect and only higher education institutions, i.e. universities can achieve and maintain adequate standards. Materia medica and surgery represent the two major therapeutic mainstreams in medicine ; osteopathy considered as manual medicine could be the third one.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 369-74

Key words : osteopathy, manual medicine, good medical practice, history, EBM, effectiveness

RAPPEL HISTORIQUE

L'ostéopathie naît au 19^{ème} siècle dans le " *Middle West* " américain, des œuvres d'un médecin méthodiste, Andrew Taylor Still. Elle ne naît pas en opposition à la médecine expérimentale initiée par François Magendie et Claude Bernard. Celle-ci se développe en Europe et Still en ignore tout. Tout comme il ignore probablement les travaux de ses compatriotes William Morton à Boston ou William Osler à Baltimore. L'ostéopathie se présente comme une alternative à la médecine héroïque qui sévit aux Etats-Unis loin des grands hôpitaux de la côte Est. Celle-ci tue plus qu'elle ne soigne. Les fondements théoriques de l'ostéopathie relèvent de la métaphysique. Quant aux moyens thérapeutiques, ils sont inspirés des ancestrales et empiriques techniques de reboutage.

Quelques passages des écrits de Still, témoignent clairement des origines théologiques et métaphysiques de sa théorie : " *Pendant vingt-deux ans, j'ai examiné les parties de la mécanique humaine, et j'ai trouvé qu'il s'agit de la plus merveilleuse mécanique jamais construite, par l'intelligence de la pensée et de l'esprit de Dieu, depuis le sommet de la tête jusqu'à la plante des pieds. Je crois que la mécanique humaine est la pharmacie de Dieu et que tous les remèdes de la nature sont dans le corps* ".

Ou encore : " *Le chirurgien sait parfaitement que lorsque les atomes de sang artériel, c'est-à-dire les semences, tombent dans des fluides malsains, le greffon ne prend pas, car les atomes deviennent malades à leur tour et leur travail échoue. Si ensuite il prélève ce sang local et le place dans des conditions favorables à son développement, il voit alors des atomes vivants se mouvoir. Voilà ce que sont vos microorganismes. Ce sont les atomes parvenus à maturité ou les semences générées par les poumons, envoyées au cœur et libérées sous forme de sang artériel qui n'est rien d'autre que la semence de vie. Ainsi le philosophe ne perçoit aucun mystère dans ces soi-disant microorganismes pathogènes* "1.

Très vite, les premiers ostéopathes vont être partagés et s'opposer sur le caractère dogmatique de la théorie ostéopathique. En témoigne, cette lettre de W.A. Hinckle, ostéopathe, en réponse aux attaques subies par son association professionnelle l'A.O.A. (*American Osteopathic Association*) : " *Etant un médecin et non un praticien sectaire, je suis l'héritier et j'ai le privilège de me servir, de tous les moyens thérapeutiques qui ont été validés par des siècles de connaissances, ou que des études ultérieures mettront à ma portée. Peu importe l'origine ou le caractère de ces traitements [...] Tout praticien doit d'une part comparer son expérience avec celle des autres pour évaluer les valeurs relatives des mesures thérapeutiques et d'autre part s'appuyer sur l'étendue de ses connaissances. La finesse de son jugement et sa liberté de choix déterminent son statut de médecin. Votre Président m'informe que cette liberté n'est ni désirée, ni autorisée dans votre société. Il m'est donné*

de comprendre que vous préférez partager la compagnie de ceux qui choisissent la limitation plutôt que la liberté. Puisque la qualité de membre de votre société a pour prix l'abandon de la liberté intellectuelle, je vous présente ici ma démission car je préfère un isolement glorieux sans entraves à ma pensée et à ma pratique, que la compagnie de ceux qui sont esclaves de leur foi et de dogmes "2.

Cette ambivalence est toujours d'actualité. Un certain nombre d'ostéopathes demeurent attachés peu ou prou, aux théories fondatrices. D'autres, bien que convaincus par l'intérêt clinique de cette pratique, souhaitent moderniser le discours et le rendre compatible avec les données des sciences biomédicales.

LA RECONNAISSANCE DU PUBLIC, LA MEFIANCE DES EXPERTS

Quoi qu'il en soit, c'est du côté du public qu'il faut chercher la reconnaissance première de l'ostéopathie et non du côté des experts³⁻⁵. Or l'usage de la main " nue " en médecine, côtoie depuis toujours celle de la chirurgie et de la *materia medica*. Comme le disent Houdeleck et De Mare : " *Aussi loin que l'on puisse rechercher dans les origines de l'art de soigner, il est toujours possible de trouver des références concernant l'usage de la main pour définir le mal dont souffre le patient, pour soulager ses souffrances et pour guérir ses maux. Bref l'histoire du traitement par la main se confond avec l'histoire des hommes. Elle est aussi vieille que l'humanité* "6.

Mais, au fil du temps, la médecine manuelle au sens large, sera rangée au plus bas dans la hiérarchie des pratiques médicales. On peut d'ailleurs constater que, malgré cet enracinement lointain dans l'histoire, peu d'ouvrages historiques, sociologiques ou anthropologiques, se sont intéressés à cette branche de la médecine. Alors que de nombreux travaux ont été publiés sur les aspects les plus magiques de l'art de guérir comme le shamanisme, le magnétisme ou d'autres encore, rares sont les auteurs ayant traité des aspects historiques de la médecine " par les mains "7. Les raisons invoquées par certains d'entre eux, comme les anthropologues Oths et Hinijosa⁸, sont probablement pertinentes. La plupart des ouvrages traitant de l'histoire de la médecine sont réalisés en collaboration avec le monde médical. Or, selon ces auteurs, celui-ci répugnerait à évoquer une médecine trop ancrée dans un empirisme dont il eut tant de peine à sortir, si tant est qu'il en fût sorti. L'art des manipulations étant souvent associé à la pratique des rebouteux renforce cette idée et renvoie à une tradition considérée comme mineure par certains. Ainsi que le rappelle Traka en 2007 :

* Cette expression péjorative fut créée probablement par les historiens de la médecine américaine des débuts du 20^{ème} siècle. Le terme " héroïque " qualifie ironiquement le patient et non le praticien. Elle comprend notamment l'usage de la saignée, de purge au calomel (sels de mercure), d'émétiques, de diaphorétiques (agents transpirants).

“ L'histoire de la médecine en tant que “ tradition majeure ” en tant qu'annales de la connaissance officielle dominante, a tendance à passer sous silence les “ traditions mineures ”, dans la mesure où la médecine du petit peuple, bien qu'elle affronte la douleur au quotidien est sous-estimée par le discours scientifique, la considérant comme primitive, populaire, empirique ”⁹.

LES “ PREUVES ” SCIENTIFIQUES

L'avènement récent de l'EBM renforce cette situation. L'ostéopathie ne peut, bien évidemment, pas se soumettre aux règles les plus strictes des essais cliniques. Le double aveugle y est impossible pour des raisons qu'il serait trivial d'expliquer ici. Certaines méta-analyses d'études cliniques randomisées concernant l'efficacité des manipulations vertébrales ont tenu compte de cette impossibilité, notamment Assendelft *et al.*¹⁰. Ces auteurs ont utilisé, du moins partiellement, une échelle d'évaluation modifiée proposée initialement par Jadad *et al.*¹¹. D'autre part, le financement de la recherche dans ce domaine n'intéresse bien entendu personne à l'ère de la médecine technoscientifique. Il n'en demeure pas moins qu'il existe dans la littérature, des études de plus en plus nombreuses montrant l'intérêt de la médecine ostéopathe dans le traitement de certaines pathologies. Celles-ci relèvent, pour l'essentiel, des algies fonctionnelles de l'appareil locomoteur⁵. L'ostéopathie peut donc se révéler comme une réelle alternative à certains traitements dits de référence. Les effets secondaires liés à l'usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens dépassent en effet largement les effets secondaires consécutifs à la pratique ostéopathe pour les mêmes indications. Le nombre d'accidents serait de l'ordre de 1/100.000 manipulations selon Dabbs et Loretta¹². L'accident le plus redouté concerne évidemment l'artère vertébrale. Assendelft *et al.* avancent une estimation de l'ordre d'une complication grave pour un million de manipulations¹³. Parmi les accidents répertoriés, on retrouve une multitude de thérapeutes différents. Et de plus, la pratique ostéopathe ne peut se réduire, loin s'en faut, à l'usage des manipulations. Quant aux AINS, médicaments les plus prescrits au monde, ils font l'objet de multiples publications mettant en évidence leurs effets iatrogènes. Parmi ceux-ci, il faut, bien évidemment, mettre en exergue les perforations d'ulcères gastroduodénaux¹⁴⁻¹⁷.

La plupart des auteurs ayant investigué l'indication et l'efficacité d'un traitement sur base de manipulations vertébrales, arrivent à la conclusion que ce genre de traitement est aussi valable que les autres approches traditionnelles dans le cas des algies de la colonne vertébrale. Notamment dans le cas des lombalgies idiopathiques aiguës et chroniques ou encore des cervicalgies communes subaiguës ou chroniques^{10,18}. Les céphalées cervicogènes et les radiculalgies sont également citées. Ces indications ont été largement analysées récemment par De Gendt *et al.*⁵. Toutefois il faut remarquer que ces résultats sont généralement présentés en des termes comme : “ ne sont pas meilleures ou moins bonnes que les autres

formes thérapeutiques ” ou encore “ qu'il n'y a pas d'évidence que ce genre de traitement soit supérieur à d'autres formes de traitements traditionnels ”^{5,10}. La publication d'Assendelft et de son équipe représente sans doute une des meilleures méta-analyses sur ce sujet à ce jour. Elle a pris place dans la *Cochrane Database* en 2004¹⁵. L'analyse a été réalisée en se basant sur l'amélioration fonctionnelle à l'aide du questionnaire dit de “ Roland Morris Disability Questionnaire ” (RDQ) et sur l'évaluation de la douleur (*Visual Analogical Scale* - VAS). Ces auteurs ont évidemment analysé les données sous l'angle de la double pertinence : statistique et clinique. Pour la première avec un seuil de pertinence $P < 0,05$ et pour la deuxième d'une différence de 10 mm sur l'échelle visuelle analogique. Analysées strictement sur base de ces deux critères, on ne peut qu'approuver l'étude et les conclusions d'Assendelft et collègues. Néanmoins, eu égard à la clinique quotidienne et en observant les graphiques présentés par l'équipe d'Assendelft, nous souhaiterions apporter une nuance aux conclusions de certaines publications qui font référence à ses travaux. La figure comporte 4 graphiques. La question est de savoir quel est l'apport d'un traitement incluant les manipulations vertébrales dans le cas de la lombalgie aiguë et chronique. En se référant au graphique 1 qui reprend l'amélioration fonctionnelle à court terme pour la lombalgie aiguë, on note que la moyenne se trouve à une exception près en faveur d'un traitement incluant la manipulation vertébrale. Pour le long terme, la moyenne se situe 5 fois en faveur, 2 fois en défaveur et avec 3 situations où les données font défaut (graphique 2). En ce qui concerne l'évolution de la douleur (graphique 3), on constate que la moyenne est dans tous les cas en faveur d'un traitement sur base de manipulations pour ce qui est des lombalgies aiguës. Le graphique 4 reprend l'évolution de la douleur dans le cas de lombalgie chronique ; dans ce cas, on ne peut guère trancher. Face à une telle situation d'ensemble, il nous semble que l'on devrait parler au moins de tendance à l'amélioration du tableau clinique, surtout quand il s'agit d'une situation où il faut essayer d'aider le patient du moins à court terme. Il faut ajouter la précision formulée par Assendelft *et al.* selon laquelle ils n'ont pas trouvé d'évidence que les autres formes de thérapies soient supérieures à celle se basant sur les manipulations¹⁰. De fait, un traitement qui se base sur les manipulations représente une alternative intéressante à d'autres formes de traitement qui en définitive ne présentent tous qu'une efficacité modérée dans le cas des lombalgies^{10,19}.

L'INTERET CLINIQUE AU CHEVET DU MALADE

Hormis les indications qui se précisent au gré des recherches cliniques, il est un certain nombre de motifs de consultation non scientifiquement validés, qui toutefois rencontrent l'engouement du public ainsi que celui des médecins de première ligne (généralistes et pédiatres en particulier). Cela va de la régurgitation chez le nourrisson à certaines pathologies infectieuses récurrentes de l'enfant¹⁹. Si l'on peut se poser la question de l'effet “ prise en charge ” dans ces

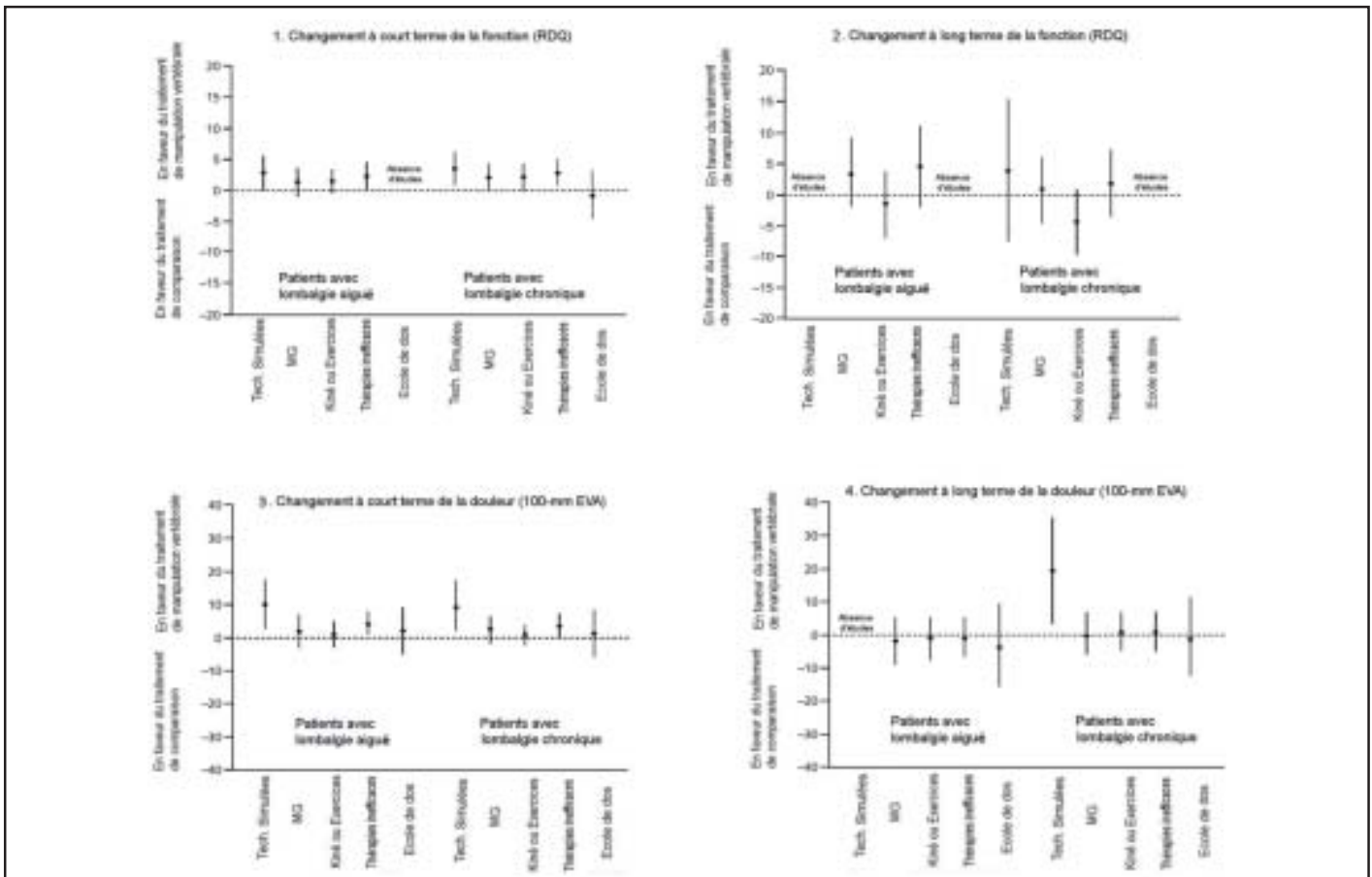


Figure : Graphiques 1 et 2 : Comparaison de l'amélioration fonctionnelle à court et à long terme sur base du questionnaire de Rolland Morris (RDQ) d'un traitement incluant la manipulation vertébrale et un traitement de comparaison (MG : médecine générale). Dans la majorité des cas, la moyenne se situe en faveur d'un traitement sur base de manipulations vertébrales, sans pour autant être statistiquement significatif ($P > 0,05$). Pourrait-on parler de tendance ? Graphiques 3 et 4 : Comparaison de la douleur à court et long terme (sur base de l'échelle analogique de la douleur (EVA) (d'après Assendelft *et al.*¹⁹).

contextes particuliers, il ne faut pas pour autant fermer le débat. La rationalité en action dans la pratique clinique au chevet du malade n'a rien à voir avec celle de la recherche clinique. Or, c'est cette pratique qui est première. La recherche clinique, tout comme la recherche médicale en général, détachées de cette nécessité, n'ont aucun sens. Nous partageons le point de vue de Canguilhem lorsqu'il écrit : "*[...] C'est sans doute au besoin thérapeutique qu'il faut attribuer l'initiative de toute théorie ontologique de la maladie*". Ou encore "*C'est donc bien toujours en droit, [...] parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies. L'évolution historique des rapports entre le médecin et le malade dans la consultation clinique, ne change rien au rapport normal permanent du malade et de la maladie*"²¹.

Si la main d'un thérapeute peut guérir ou soulager un certain nombre de pathologies sans effets iatrogènes, on ne peut que s'en féliciter. Peu importe que le mode d'action soit spécifique, symbolique ou lié au toucher bien intentionné du praticien. Les travaux récents par IRM fonctionnelles de Benedetti et de son équipe, ceux de Finnis *et al.* viennent éclairer les aspects neuro-immunologiques liés à la qualité de la prise en charge du patient²²⁻²⁴. Ces découvertes

valorisent l'effet placebo. Ce dernier a trop longtemps été connoté péjorativement par sa fonction dans les essais randomisés. La consultation au chevet du malade doit réintégrer la complexité de la personne souffrante. La recherche clinique, pour performante qu'elle soit, cherche au contraire à rendre les groupes homogènes. Pour ce faire, elle gomme les différences entre les patients pour en faire des cas identiques. L'ostéopathie peut donc, dans un tel contexte, trouver sa place dans le vaste champ de l'exercice médical. Une condition doit cependant être respectée : la qualité de la formation des praticiens. C'est ce que nous avons voulu réaliser à l'Université libre de Bruxelles.

L'ENSEIGNEMENT DE L'OSTÉOPATHIE A L'UNIVERSITÉ

Depuis 2004, un enseignement de l'ostéopathie est dispensé dans le cadre de la Faculté des Sciences de la Motricité en collaboration avec la Faculté de Médecine à l'Université libre de Bruxelles. Cet enseignement s'étale sur six années d'études. Afin de respecter les directives dites de Bologne, les cours de la dernière année sont dispensés dans un *Master* complémentaire. En 2010, ce dernier a reçu l'aval de l'Académie Royale de Médecine de Belgique²⁵. Aucun discours dogmatique ou allant à l'encontre des connaissances scientifiques actuelles n'a sa place dans

cet enseignement. Par ailleurs, les étudiants font évidemment l'analyse critique de ces discours détachés de la réalité scientifique. Si lors de cet enseignement, un accent particulier est mis sur l'apprentissage des diverses techniques afin que le futur diplômé puisse les appliquer avec une grande dextérité minimisant ainsi les risques d'effets secondaires adverses, il est aussi important qu'il puisse reconnaître les limites de son art. Tout est mis en œuvre pour garantir une excellente collaboration avec les autres praticiens de santé et pour que le futur ostéopathe soit à même de reconnaître les contre-indications à l'une ou l'autre technique. Il est également formé à reconnaître les pathologies ne relevant pas de son art et ne pas retarder ainsi la mise en place d'un traitement médicamenteux ou chirurgical approprié.

CONCLUSIONS

Si la médecine universitaire comprend deux grands axes thérapeutiques, la *materia medica* et la chirurgie, l'intégration de l'ostéopathie à l'Université libre de Bruxelles s'est faite dans le souci de réhabiliter un troisième volet trop longtemps maintenu dans l'obscurité : la médecine manuelle. Libérée de ses dogmes, l'ostéopathie est probablement dans ce domaine, le *corpus* le plus à même de devenir objet de science. Des études cliniques de plus en plus nombreuses, nonobstant les problèmes de financement, montrent son intérêt dans un certain nombre de pathologies fonctionnelles de l'appareil locomoteur. Elle apparaît comme une alternative cliniquement intéressante face à la multiplication des effets secondaires liés à l'usage des AINS. Elle comble également un vide dans certains cas où le traitement chirurgical est discuté ou retardé. La décision conjointe des Facultés de Médecine et des Sciences de la Motricité d'organiser en six ans une formation professionnalisante en ostéopathie devrait favoriser sa "bonne pratique" ainsi que son intégration parmi les praticiens de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Still AT : Autobiographie d'AT Still. 1899, traduction Tricot P. Vannes, Editions Sully, 1998
2. Hinckle WA : A protest against intellectual tyranny, 1905. In : Gevitz N, The DO's. Osteopathic medicine in America. Baltimore, London, The John Hopkin's University Press, 2007 : 79
3. Thérapies parallèles : des patients satisfaits. Bruxelles, Test-Achats, 1991 ; 336
4. Ostéopathie, les patients témoignent. Bruxelles, Test-Santé, 2003 ; 52
5. De Gendt T, Desomer A, Goossens M *et al.* : Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 148B. D/2010/10.273/92
6. Houdeleck J, De Mare J : L'historique des manipulations. In : Hérisson C, Vautravers P, eds. Les manipulations vertébrales, Collection de Pathologies Locomotrices. Paris, Masson, 1994 ; 29 : 1
7. Lepers Y : Histoire critique de l'ostéopathie. De Kirksville à l'Université libre de Bruxelles. Thèse, Dir. Missa J-N, Klein P, Université libre de Bruxelles. Bruxelles, 2010. Publiée également aux Editions Universitaires Européennes, Saarbrücken, 2010
8. Oths KS, Hinojosa SZ : Healing by hands, manual medicine and bonesetting in global perspective. New York, Altamira, 2004
9. Traka D : Les traditions mineures en médecine. Revue Archéologie et Arts 2007 ; 102
10. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG : Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. Ann Intern Med 2003 ; 138 : 871-81
11. Jadad AR, Moore RA, Carroll D *et al.* : Assessing the quality of reports of randomized clinical trials : is blinding necessary ? Control Clin Trials 1996 ; 17 : 1-12
12. Dabbs V, Lauretti WJ : A risk assessment of cervical manipulation vs NSAIDs for the treatment of neck pain. J Manipulative Physiol Therapeutics 1995 ; 18 : 530-6
13. Assendelft WJ, Bouter LM, Knipschild PG : Complications of spinal manipulation : a comprehensive review of the literature. J Fam Pract 1996 ; 42 : 475-80
14. Hernandez-Diaz S, Rodriguez LA : Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation : an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. Arch Intern Med 2000 ; 160 : 2093-9
15. Pirmohamed M, James S, Meakin S *et al.* : Adverse drug reactions as cause of admission to hospital : prospective analysis of 18.820 patients. BMJ 2004 ; 329 : 15-9
16. Straube S, Tramer MR, Moore RA, Derry S, McQuay HJ : Mortality with upper gastrointestinal bleeding and perforation : effects of time and NSAID use. BMC Gastroenterology 2009 ; 9 : 41. doi:10.1186/1471-230X-9-41
17. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G : Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. N Engl J Med 1999 ; 340 : 1888-99
18. Gross A, Miller J, D'Sylva J *et al.* : Manipulation or Mobilisation for Neck Pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD004249. doi:10.1002/14651858.CD004249.pub3
19. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG : Spinal manipulative therapy for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 : CD000447
20. Mills MV, Henley CE, Barnes LL, Carreiro JE, Degenhardt BF : The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media. Arch Pediatr Adolesc Med 2003 ; 157 : 861-6
21. Canguilhem G : Le normal et le pathologique. Paris, Editions Presses Universitaires de France (Quadrige), 1966
22. Benedetti F, Mayberg HS, Wager TD, Stohler CS, Zubieta JK : Neurobiological mechanisms of the placebo effect. J Neurosci 2005 ; 25 : 10390-402
23. Benedetti F : Placebo effects. Understanding the mechanisms in health and disease. New York, Oxford University Press, 2009
24. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F : Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. Lancet 2010 ; 375 : 686-95
25. Académie Royale de Médecine de Belgique. Avis 2009 relatif à l'organisation d'un Master Complémentaire en Ostéopathie à l'Université libre de Bruxelles, 2010

Correspondance et tirés à part :

P. KLEIN
Faculté des Sciences de la Motricité, ULB
Service d'Ostéopathie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : pklein@ulb.ac.be

Travail reçu le 23 juin 2011 ; accepté dans sa version définitive
le 4 août 2011.