

Osteopathy and chiropractic: state of affairs in Belgium - Supplement

KCE reports 148S

The Belgian Health Care Knowledge Centre

Introduction: The Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) is an organization of public interest, created on the 24th of December 2002 under the supervision of the Minister of Public Health and Social Affairs. KCE is in charge of conducting studies that support the political decision making on health care and health insurance.

Executive Board

Actual Members: Pierre Gillet (President), Dirk Cuypers (Vice-president), Jo De Cock (Vice-president), Frank Van Massenhove (Vice-president), Yolande Avondtroodt, Jean-Pierre Baeyens, Ri de Ridder, Olivier De Stexhe, Johan Pauwels, Daniel Devos, Jean-Noël Godin, Floris Goyens, Jef Maes, Pascal Mertens, Marc Moens, Marco Schetgen, Patrick Verertbruggen, Michel Foulon, Myriam Hubinon, Michael Callens, Bernard Lange, Jean-Claude Praet.

Substitute Members: Rita Cuypers, Christiaan De Coster, Benoît Collin, Lambert Stamatakis, Karel Vermeyen, Katrien Kesteloot, Bart Ooghe, Frederic Lernoux, Anne Vanderstappen, Paul Palsterman, Geert Messiaen, Anne Remacle, Roland Lemeye, Annick Poncé, Pierre Smiets, Jan Bertels, Catherine Lucet, Ludo Meyers, Olivier Thonon, François Perl.

Government commissioner: Yves Roger

Management

Chief Executive Officer: Raf Mertens

Assistant Chief Executive Officer: Jean-Pierre Closon

Information

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg - Centre fédéral d'expertise des soins de santé – Belgian Health Care Knowledge Centre.

Centre Administratif Botanique, Doorbuilding (10th floor)

Boulevard du Jardin Botanique 55

B-1000 Brussels

Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kce.fgov.be

Web : <http://www.kce.fgov.be>

Osteopathy and chiropractic: state of affairs in Belgium - Supplement

KCE reports 148S

TOM DE GENDT, ANJA DESOMER, MIEKE GOOSSENS, GERMAINE HANQUET,
CHRISTIAN LEONARD, FRANÇOIS MELARD, RAF MERTENS,
JULIEN PIERART, JO ROBAYS, OLIVIER SCHMITZ,
IMGARD VINCK, LAURENCE KOHN

KCE reports I48S

Title:	Osteopathy and chiropractic: state of affairs in Belgium - Supplement
Authors:	Tom De Gendt (De Gendt Advocaten), Anja Desomer (KCE), Mieke Goossens (De Gendt Advocaten), Germaine Hanquet (KCE), Christian Léonard (KCE), François Mélard (Ulg), Raf Mertens (KCE), Julien Piérart (KCE), Jo Robays (KCE), Olivier Schmitz (KCE) , Imgard Vinck (KCE), Laurence Kohn (KCE)
Reviewers:	Pascale Jonckheer (KCE)
External experts:	Luc Ailliet (UBC-BVC), Axel Beernaert (Ugent), Barbara Cagnie (Ugent), Tim Daelemans (FICO), Simon D'Hooghe (Axxon), Eric Dobbelaere (SBO-BVO), Thyl Duhaméeuw (UBC-BVC), Herman Nys (KUL), Paul Klein (ULB), Grégoire Lason (IAO), Jory Pauwels (FICO), Luc Peeters (IAO), Walid Salem (ULB), Emmanuel Simons (CEBAM), Patrick van Dun (GRNPO), Bart Vanthillo (Ugent).
Acknowledgements:	Carine Algoet (Mutualités Socialistes), Alex Boon (UVO), Michiel Callens (Mutualité Chrétienne), Philippe Cheval (ROB), Luc Detavernier (Mutualités Libres), Jacques De Witte (BELSO), Christian Gérard (SBO-BVO), Yves Lepers (ULB), Jo Parmentier (ROB), Jörgen Quaghebeur (UVO), Dominique Roberfroid (KCE), Karin Rondia, Maurits Roothoof (ABOC-BAKO), Bruno Ruebens (Mutualités Socialistes), Jean Ruwet (UBO et GNRPO), Dirk Segers (ABOC-BAKO), Ismail Tejeddine (UKO), Michel van den Abeele (UKO), Ann Van den Bruel (KCE), Thibault Voglaire (Mutualités Libres), Yves Warrinnier (ROB), Ghislain Weets (Mutualités Socialistes).
External validators:	Norbert Fraeyman (Ugent), Raymond Massé (Université Laval-Québec), Henri Nielens (UCL)
Conflict of interest:	Luc Ailliet (UBC-BVC) received a scholarship that was partially financed by the Belgian Association of Chiropractors. Norbert Fraeyman (Ugent) regularly teaches on 'reflections regarding alternative medicine' and has published a book that serves as a syllabus.
Disclaimer :	<ul style="list-style-type: none">- The <u>external experts</u> were consulted about a (preliminary) version of the scientific report. Their comments were discussed during meetings. They did not co-author the scientific report and did not necessarily agree with its content.- Subsequently, a (final) version was submitted to the <u>validators</u>. The validation of the report results from a consensus or a voting process between the validators. The validators did not co-author the scientific report and did not necessarily all three agree with its content.- Finally, this report has been approved by a majority of votes by the <u>Executive Board</u>.- Only the <u>KCE</u> is responsible for errors or omissions that could persist. The policy recommendations are also under the full responsibility of the KCE.

Layout : Ine Verhulst

Brussels, January 30 April 2013 (3rd print; 2nd print: 13th 2011; 1st print: January 13th 2011)

Study nr 2009-50

Domain : Health Services Research (HSR)

MeSH: Chiropractic (education , legislation and jurisprudence , organization and administration , utilization) ; Manipulation, Osteopathic (education , legislation and jurisprudence , organization and administration , utilization) ; Treatment Outcome ; Qualitative Research ; Belgium

NLM Classification: WB 890

Language: French, Dutch

Format: Adobe® PDF™ (A4)

Legal depot : D/2010/10.273/93

This document is available on the website of the Belgian Health Care Knowledge Centre

KCE reports are published under a “by/nc/nd” Creative Commons Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/be/deed.en>).

How to refer to this document?

De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mélard F, Mertens R, Piérart J, Robays J, Schmitz O , Vinck I, Kohn L. Osteopathy and chiropractic: state of affairs in Belgium – Supplement. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2010. KCE Reports 148S. D/2010/10.273/93



Supplement

Table of contents

ANNEXES METHODOLOGIQUES METHODOLOGISCHE BIJLAGEN.....	2
1 WEBSURVEY	2
1.1 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	2
1.2 DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE.....	2
1.3 VALIDATION DES RÉSULTATS.....	2
1.4 QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX OSTÉOPATHES.....	3
1.5 QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CHIROPRACTEURS.....	9
2 REVUE DE LA LITTÉRATURE / LITERATUUR ONDERZOEK.....	15
3 LA CONTROVERSE VIA LE DEBATEGRAPH.....	23
3.1 JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE.....	23
3.2 DESCRIPTION DU DISPOSITIF	23
3.3 PARTICIPANTS	24
3.4 PROCESSUS.....	24
4 POPULATION SURVEY	24
4.1 ORGANISATION.....	24
4.2 OBJECTIF	24
4.3 CONSTRUCTION DE L'ÉCHANTILLON.....	24
4.4 GESTION DES QUOTAS.....	25
4.5 REDRESSEMENTS	25
4.6 STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE	27
4.7 CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS.....	27
4.8 QUESTIONNAIRES	29
5 CONSULTATIE VAN STAKEHOLDERS (BEROEPSVERENIGINGEN, SCHOLEN EN MUTUALITEITEN) / CONSULTATION DES STAKEHOLDERS	50
5.1 METHODOLOGIE.....	50
6 ASPECTS SOCIOLOGIQUES / SOCIOLOGISCHE ASPEKTEN.....	51
6.1 QUESTIONNAIRES	51
6.2 ANALYSE DES RÉSULTATS	52
6.3 PROCÉDURE DE RECRUTEMENT	52
ANNEXES « RÉSULTATS » / « RESULTATEN » BIJLAGEN	55
1 WEBSURVEY (PRATIQUE/ PRAKTIJK)	55
2 TABLEAUX D'ÉVIDENCE / EVIDENTIE TABELLEN	69
3 PRODUCTIONS DU DEBATGRAPH.....	98
3.1 PAGE D'ACCUEIL DE LA SESSION DU DG CONSACRÉE À L'OSTÉOPATHIE EN BELGIQUE:.....	98
4 TABLEAUX DE RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE POPULATION	101
5 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN	109
5.1 USAGERS ET PRATICIENS : DONNÉES DESCRIPTIVES.....	109
6 BESCHRIJVENDE TABELLEN VAN DE BEROEPSVERENIGINGEN.....	111
7 BESCHRIJVENDE TABELLEN VAN DE OPLEIDINGEN	120
8 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES PRACTICIENS RELATIFS A LA FORMATION.....	136
9 LIGNES DU TEMPS : LIEN ENTRE LE CADRE JURIDIQUE, LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES ET LES FORMATIONS AU COURS DU TEMPS (OSTEOPATHIE)	139
10 REFERENCES.....	142

ANNEXES METHODOLOGIQUES METHODOLOGISCHE BIJLAGEN

I WEBSURVEY

I.1 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire de l'enquête destinée aux ostéopathes a été élaboré sur base de plusieurs enquêtes diffusées dans d'autres pays, plus particulièrement en Grande Bretagne [Vogel, 2008 ;Ernst, 2006], en Allemagne [Dvorak, 2001] et aux Etats-Unis [Fryer, 2009 ;Johnson, 2003]. L'enquête auprès des ostéopathes britanniques initiée en mars 2009 par le General Osteopathic Council (GOsC) de même que les « Snapshot surveys » réalisées par le même organisme en 1994, 1997 et 2001 ont servi de canevas de référence.

Le questionnaire a été adapté au contexte de l'ostéopathie belge grâce à la collaboration des représentants des six unions professionnelles d'ostéopathes qui l'ont prétesté et amélioré.

Le questionnaire destiné aux chiropracteurs a été élaboré selon le canevas du questionnaire destiné aux ostéopathes. Il a été adapté au contexte de la chiropraxie belge grâce à la collaboration des représentants de l'UBC qui l'ont prétesté et amélioré.

I.2 DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

Durant les mois de juin et juillet 2010, la quasi-totalité des membres des six unions professionnelles d'ostéopathie reconnues en Belgique (n=949) ont été invités à répondre à une enquête en ligne du KCE. Le formulaire était hébergé sur un site sécurisé accessible uniquement moyennant le lien d'invitation. Ce lien d'invitation a été diffusé par chacune des unions professionnelles à tous leurs membres. Le taux de réponse s'élève à 50,1%.

Du 15 septembre au 15 octobre de la même année, la quasi-totalité des membres de l'Union Belge de Chiropraxie (UBC) (n=101) ont été contactés pour participer à l'enquête en ligne du KCE. Le questionnaire a été diffusé selon le même principe que pour les ostéopathes. Le taux de réponse s'élève à 72,2%. Quatre questionnaires nous sont parvenus trop tard pour pouvoir être intégrés dans les analyses.

I.3 VALIDATION DES RÉSULTATS

Les principaux résultats de l'enquête destinée aux ostéopathes ont été présentés pour discussion à l'ensemble des représentants des six unions professionnelles. Concernant l'enquête destinée aux chiropracteurs, une réunion d'information et de validation des principaux résultats de l'enquête a été organisée avec les représentants de l'UBC. Les résultats obtenus ont par ailleurs pu être comparés à ceux d'une enquête similaire réalisée en Belgique en 2008 auprès des membres de l'UBC [Ailliet, sous presse].

I.4 QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX OSTÉOPATHES

I.4.1 Qui êtes-vous? / Wie bent u?

1. Quel est votre âge?/Wat is uw leeftijd?

- <30
- 31-39
- 40-49
- 50-59
- >60

2. Sexe/geslacht

- Homme/man
- Femme/vrouw

3. De quelle(s) association(s) êtes-vous membre? Bij welke beroepsvereniging bent u aangesloten?

- ABOC/BAKO
- ROB
- SBO/BVO
- UVO
- UBO/BUO
- UKO

I.4.2 Formation / Opleiding

4. Avez-vous suivi une formation antérieure à l'ostéopathie? /Volgde U een opleiding voorafgaand aan de osteopathie studie?

- oui/ja
- non/nee

5. Quelle est votre formation antérieure à l'ostéopathie?/Welke opleiding volgde u voorafgaand aan de osteopathie studie?

- médecin/arts
- kinésithérapeute/kinesitherapeut
- autre/andere

6. Autre formation antérieure à l'ostéopathie?/Andere opleiding voorafgaand aan de osteopathie?

7. Dans quelle(s) école(s) belge(s) avez-vous appris l'ostéopathie?/ Aan welke Belgische school (scholen) hebt u osteopathie gestudeerd?

- CBO
- SCOM
- IAO
- FICO
- BELSO
- ULB
- autre/andere

8. Quelle autre école d'ostéopathie? Welke andere school van osteopathie?

9. Dans quelle(s) école(s) étrangère avez-vous appris l'ostéopathie?/ Aan welke buitenlandse school (scholen) hebt u osteopathie gestudeerd?

10. Avez-vous suivi un enseignement à temps plein ou à temps partiel?/Hebt u een voltijdse of deeltijdse opleiding gevolgd?

- à temps plein/voltijds
- à temps partiel/deeltijds

11. Pouvez-vous lister vos diplômes (+date d'obtention)?/Kunt u alle behaalde diploma's oplijsten (+ datum van afstuderen)

12. Suivez-vous une formation continuée?/Volgt u een permanente vorming?

- oui/ja
- non/nee

I.4.3 Pratique / Praktijk

13. Depuis combien d'années pratiquez-vous l'ostéopathie/Sinds hoeveel jaren beoefent u de osteopathie?

14-19. Autres activités professionnelles/Andere professionele activiteiten

- oui/ja non/nee

14. Pratiquez-vous également la médecine?/Beoefent u ook de geneeskunde?

15. Pratiquez-vous également la kinésithérapie?/Beoefent u ook de kinesithérapie?

16. Pratiquez-vous également la thérapie manuelle?/ Beoefent u ook de manuele therapie?

17. Pratiquez-vous également l'acupuncture?/ Beoefent u ook de acupunctuur?

18. Pratiquez-vous également l'homéopathie? /Beoefent u ook de homeopathie?

19. Pratiquez-vous également une autre profession?/ Beoefent u ook een ander beroep?

20. Quelle(s) autre(s) profession(s) pratiquez-vous également?/ Welke andere beroepsactiviteit(en) beoefent u?

21. Quel pourcentage de vos activités professionnelles consacrez-vous à l'ostéopathie?/Welk percentage van uw beroepsactiviteiten besteed u aan de osteopathie?

22. Pratiquez vous l'osteopathie en cabinet groupé ou en solo?/ Werkt u in groepspraktijk of solo?

- solo
- cabinet groupé/groepspraktijk

23. Qui sont les autres thérapeutes dans votre cabinet groupé?/ Wie zijn de andere therapeuten?

- collègue(s) ostéopathe(s)/collega osteopaten
- médecin(s)/artsen
- kinesithérapeute(s)/kinesithérapeuten
- psychologue(s)/psychologen
- logopède(s)/logopedisten
- diététicien/diëtisten
- autre/andere

24. Quel autre thérapeute y-a-t-il dans votre cabinet groupé?/Welke andere therapeuten zitten in uw groepspraktijk?

25. Dans quelle(s) province(s) exercez-vous actuellement? / In welke provincie(s) hebt u uw praktijk?

- Antwerpen
- Bruxelles/Brussel

- Oost Vlaanderen
- West Vlaanderen
- Hainaut
- Liege
- Limburg
- Luxembourg
- Namur
- Vlaams Brabant
- Brabant Wallon

I.4.4 Vos patients / Uw patiënten

26. Combien de temps faut-il au patient pour obtenir un rendez-vous?/ Hoelang is de wachttijd voor de patient?

27. Combien de patients voyez-vous pendant une journée ordinaire? / Hoeveel patiënten ziet u in een gemiddelde dag?

- <5
- 6-10
- >10

28. Combien de nouveaux patients voyez-vous par semaine? Hoeveel nieuwe patiënten ziet u in een gemiddelde week?

- <5
- 6-10
- >10

29. Comment les patients arrivent-ils chez vous (veuillez classer dans l'ordre du plus fréquent (1) au plus rare (6)) ? Hoe komen de patiënten bij u terecht (gelieve te klasseren in volgorde van meest frequent (1) tot zelden (6))?

- référé par un médecin/doorverwezen door een arts
- référé par un autre thérapeute conventionnel/doorverwezen door een andere conven
- référé par un thérapeute non-conventionnel/doorverwezen door een niet-convention
- référé par une connaissance/doorverwezen door een kennis
- ne sait pas/ik weet het niet
- autre/andere

30. Quel pourcentage de patients ayant un nouveau motif de consultation voyez-vous par jour? /Welk percentage van de patiënten komen terug met andere klachten in een gemiddelde dag ?

- <25%
- environ 25%
- environ 50%
- >50%

31. En général, combien de temps dure la consultation d'un nouveau patient?/ Hoelang duurt gemiddeld een consultatie voor een nieuwe patiënt?

- <30min
- 30min-1 h/u
- 1 h/u-1:30h/u
- >1:30h/u

32. En général, combien de temps dure une consultation de suivi? Hoelang duurt gemiddeld een consultatie?

- <30min
- 30min-1h/u
- 1h/u-1:30h/u
- >1:30h/u

33. En général, quel est le nombre moyen de consultations par patient par an (excepté les cas chroniques)?/ Wat is het gemiddeld aantal consultaties per patiënt per jaar (met uitzondering van de chronische patiënten)?

- 1 à/tot 5
- plus de/meer dan 5

34. Votre patientèle est-elle principalement: ?/ Zijn uw patiënten voornamelijk: ?

- féminine/vrouwelijk
- masculine/mannelijk
- un équilibre des deux/gelijk evenwicht tussen beiden

35. Ces six derniers mois, vous avez reçus en consultation des patients âgés de :/De afgelopen 6 maanden, hebt u patiënten in behandeling gehad van de leeftijdsgroep:

- moins de 6 mois/jonger dan 6 maanden
- de 6 mois à 36 mois/ 6 maanden tot 36 maanden
- de 3 à 9 ans/3 jaar tot 9 jaar
- 10-19 ans/jaar
- 20-29ans/jaar
- 30-39ans/aar
- 40-49ans/jaar
- 50-59ans/jaar
- 60-69ans/jaar
- de 70 ans ou plus/van 70 jaar of meer

36. La majorité de ma patientèle a :/ De meerderheid van mijn patiënten zijn:

- moins de 6 mois/jonger dan 6 maanden
- de 6 mois à 3 ans/ van 6 maanden tot 3 jaar
- de 3 à 9 ans/jaar
- 10-19ans/jaar
- 20-29ans/jaar
- 30-39ans/jaar
- 40-49ans/jaar
- 50-59ans/jaar
- 60-69ans/jaar
- de 70 ans ou plus/of meer

I.4.5 Symptômes, plaintes et traitements / Symptomen, klachten en behandelingen

37. Pour quels problèmes les patients vous consultent-t-ils le plus souvent (veuillez classer dans l'ordre du plus fréquent (1) au plus rare (5)) /Voor welke problemen consulteren de patiënten u het meest (gelieve te ordenen volgens meest frequent (1) tot zelden (5))?

- tête/hoofd
- nuque/nek
- épaule/schoudergewricht
- membres supérieurs/bovenste lidmaat
- coude/elleboog
- poignet ou main/pols of hand
- thorax
- vertèbres thoraciques/thoracale wervels
- abdomen
- lombaires/lumbale regio
- pelvis
- hanche/heup
- membres inférieurs/onderste lidmaat
- genou/knie
- cheville ou pied/enkel of voet
- autre/andere

38. Les symptômes concernent-ils d'autres régions du corps (lesquelles) ?/Komen de symptomen ook voor in andere lichaamsdelen (welke)?

39. Avec quelles plaintes les patients vous consultent-t-ils le plus souvent (veuillez classer dans l'ordre du plus fréquent (1) au plus rare (5)) /Voor welke klachten consulteren de patiënten u het meest (gelieve te ordenen volgens meest frequent (1) tot zelden (5))?

- sciatique/ischias
- lumbago
- maux de tête/hoofdpijn ou/of migraine
- suites d'accouchement/na een bevallen
- reflux gastro-oesophagien/reflux
- bébés grincheux/huilbabies
- otites à répétition/chronische otitis
- torticolis congénitaux/aangeboren torticolis
- fibromyalgie
- syndrome de fatigue chronique/ CVS
- plaintes aspécifiques/aspecifieke klachten
- affections liées au stress/stressgebonden aandoeningen
- troubles de la digestion/spijverteringstoornissen
- plaintes psycho-somatiques/psycho-somatische klachten
- autre/andere

40. Autres plaintes fréquentes ?/ Andere frequente klachten ?

41-53. Fréquence d'usage des techniques/Frequentie in gebruik van technieken

- (jamais/nooit rarement/zelden parfois/soms souvent/vaak très souvent/zeer vaak)

41. High Velocity Low Amplitude Technique (HVLA)
42. Facilitated Positional Release (FPR)
43. Functional method
44. Counterstrain
45. Cranial, cranio-sacral techniques
46. Articulatory techniques
47. Soft tissue technique
48. Muscle Energy Techniques
49. Myofascial release techniques
50. Visceral techniques
51. Triggerpoints
52. Chapman's reflexes
53. Lymphatic pump techniques
54. Autres techniques utilisées fréquemment?/andere technieken met frequent gebruik?

I.4.6 Rémunération / Betaling

55. Combien d'heures travaillez-vous par jour en tant qu'ostéopathe?Hoeveel uren per dag werkt u als osteopaat?

- <5h/u
- entre/tussen 5-8h/u
- plus de/meer dan 8h/u

56. Combien demandez-vous au patient pour une première consultation (euros)? / Hoeveel vraagt u aan de patiënt voor een eerste consult (euros)?

- <35euros
- 35-50euros
- >50euros

57. Combien demandez-vous au patient pour une consultation de suivi (euros) ? / Hoeveel vraagt u aan de patiënt voor een daaropvolgend consult (euros)?

- <35euros
- 35-50euros
- >50euros

58. j'ai renoncé à mon n°INAMI et je me réfère au système de remboursement pour les ostéopathes/Ik heb mijn RIZIV-nummer ingediend en werk enkel met het terugbetalingssysteem als osteopaat

- vrai/waar
- faux/niet waar

59. j'ai un n°INAMI dormant et je me réfère au système de remboursement pour les ostéopathes/Ik heb een slapend RIZIV nummer en werk enkel met het terugbetalingssysteem als osteopaat

- vrai/waar
- faux/niet waar

60. j'ai un numéro INAMI et je me réfère au système de remboursement des ostéopathes et des kinés/Ik heb mijn RIZIV nummer behouden en maak gebruik van het terugbetalingssysteem als osteopaat en als kinesitherapeut

- vrai/waar
- faux/niet waar

I.5 QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CHIROPRACTEURS

I.5.1 Qui êtes-vous? / Wie bent u?

1. Quel est votre âge?/Wat is uw leeftijd?

- <30
- 31-39
- 40-49
- 50-59
- >60

2. Sexe/geslacht

- Homme/man
- Femme/vrouw

I.5.2 Formation / Opleiding

3. Avez-vous suivi une formation antérieure à la chiropraxie? /Volgde u een opleiding voorafgaand aan de chiropraxie studie?

- oui/ja
- non/nee

4. Quelle est votre formation antérieure à la chiropraxie?/Welke opleiding volgde u voorafgaand aan de chiropraxie studie?

- médecin/arts
- kinésithérapeute/kinesitherapeut
- autre/andere

5. Autre formation antérieure à la chiropraxie?/Andere opleiding voorafgaand aan de chiropraxie?

6. Dans quelle(s) école(s) étrangère avez-vous appris la chiropraxie?/ Aan welke buitenlandse school (scholen) hebt u chiropraxie gestudeerd?

7. Pouvez-vous lister vos diplômes (+date d'obtention)?/Kunt u alle behaalde diploma's oplijsten (+ datum van afstuderen)

8. Suivez-vous une formation continuée?/Volgt u een permanente vorming?

- oui/ja
- non/nee

I.5.3 Pratique / Praktijk

9. Depuis combien d'années pratiquez-vous la chiropraxie/Sinds hoeveel jaren beoefent u de chiropraxie?

10. Dans le domaine de la chiropraxie, quelle(s) activité(s) pratiquez-vous ?/ Binnen het domein van de chiropraxie, welke activiteiten beoefent u ?

- thérapie/therapie
- enseignement/onderwijs
- recherche/onderzoek
- autre/andere

11. Autres activités pratiquées dans le cadre de la chiropraxie/Andere activiteiten beoefend in het domein van de chiropraxie

12. Quel pourcentage de vos activités professionnelles consacrez-vous à la chiropraxie?/Welk percentage van uw beroepsactiviteiten besteed u aan de chiropraxie?

13-18 Autre pratique/Andere praktijk

- oui/ja non/nee

13. Pratiquez-vous également la médecine?/Beoefent u ook de geneeskunde?

14. Pratiquez-vous également la kinésithérapie?/Beoefent u ook de kinesithérapie?

15. Pratiquez-vous également la thérapie manuelle?/ Beoefent u ook de manuele therapie?

16. Pratiquez-vous également l'acupuncture?/ Beoefent u ook de acupunctuur?

17. Pratiquez-vous également l'homéopathie? /Beoefent u ook de homeopathie?

18. Autre profession/ander beroep

19. Autre profession/ander beroep

20. Pratiquez vous la chiropraxie en cabinet groupé ou en solo?/ Werkt u in groepspraktijk of solo?

- Solo
- cabinet groupé/groepspraktijk

21. Qui sont les autres thérapeutes dans votre cabinet groupé?/ Wie zijn de andere therapeuten?

- collègue(s) chiropracteur(s)/collega chiropractor(en)
- médecin(s)/artsen
- kinesithérapeute(s)/kinesithérapeuten
- psychologue(s)/psychologen
- logopède(s)/logopedisten
- diététicien/diëtisten
- autre/andere

22. Quel autre thérapeute y-a-t-il dans votre cabinet groupé?/Welke andere therapeuten zitten in uw groepspraktijk?

23. Dans quelle(s) province(s) exercez-vous actuellement? / In welke provincie(s) hebt u uw praktijk?

- Antwerpen
- Bruxelles/Brussel
- Oost-Vlaanderen
- West-Vlaanderen

- Hainaut
- Liege
- Limburg
- Luxembourg
- Namur
- Vlaams-Brabant
- Brabant Wallon

I.5.4 Vos patients / Uw patiënten

24. Combien de temps faut-il à un nouveau patient pour obtenir un rendez-vous?/
Hoelang is de wachttijd voor de nieuwe patient?

25. Combien de patients voyez-vous pendant une journée ordinaire? / Hoeveel patiënten ziet u in een gemiddelde dag?

- <5
- 6-10
- >10

26. Combien de nouveaux patients voyez-vous par semaine? Hoeveel nieuwe patiënten ziet u in een gemiddelde week?

- <5
- 6-10
- >10

27. Comment les patients arrivent-ils chez vous (veuillez classer dans l'ordre du plus fréquent (1) au plus rare (6)) ? Hoe komen de patiënten bij u terecht (gelieve te ordenen in volgorde van meest frequent (1) tot zelden (6))?

- référé par un médecin/doorverwezen door een arts
- par un autre thérapeute conventionnel/door een andere conventionele therapeut
- par un thérapeute non-conventionnel/door een niet-conventionele therapeut
- par une connaissance/door een kennis
- ne sais pas/ik weet het niet
- autre/andere

28. Autre personne qui réfère/Andere persoon die door verwijst

29. Quel pourcentage de patients revenant avec un nouveau motif de consultation voyez-vous par jour? /Welk percentage van de patiënten komen terug met andere klachten dan hun initiële klacht in een gemiddelde dag ?

- <25%
- environ 25%
- environ 50%
- >50%

30. En général, combien de temps dure la première consultation d'un nouveau patient?/
Hoelang duurt gemiddeld een eerste consultatie voor een nieuwe patiënt?

- <30min
- 30min-1h/u
- 1h/u-1:30h/u
- >1:30h/u

31. En général, combien de temps dure une consultation de suivi? Hoelang duurt gemiddeld een consultatie?

- <10min
- 10-20min
- 20-30min
- 30min-1h/u
- >1h/u

32. En général, quel est le nombre moyen de consultations par patient déjà connu par an?/ Wat is het gemiddeld aantal consultaties per reeds gekende patiënt per jaar?

- 1 à/tot 3
- 4 à/tot 6
- 7 à/tot 10
- plus de/meer dan 10

33. En général, quel est le nombre moyen de consultations par nouveau patient par an ?/ Wat is het gemiddeld aantal consultaties per nieuwe patiënt per jaar ?

- 1 à/tot 3
- 4 à/tot 6
- 7 à/tot 10
- plus de/meer dan 10

34. Votre clientèle est-elle principalement: ?/ Zijn uw patiënten voornamelijk: ?

- féminine/vrouwelijk
- masculine/mannelijk
- un équilibre des deux/gelijk evenwicht tussen beiden

35. Ces six derniers mois, vous avez reçus en consultation des patients âgés de :/De afgelopen 6 maanden, hebt u patiënten in behandeling gehad van de leeftijdsgroep:

- moins de 6 mois/jonger dan 6 maanden
- de 6 mois à 36 mois/ 6 maanden tot 36 maanden
- de 3 à 9 ans/3 jaar tot 9 jaar
- 10-19 ans/jaar
- 20-29ans/jaar
- 30-39ans/aar
- 40-49ans/jaar
- 50-59ans/jaar
- 60-69ans/jaar
- de 70 ans ou plus/van 70 jaar of meer

36. La majorité de ma clientèle a :/ De meerderheid van mijn patiënten zijn:

- moins de 6 mois/jonger dan 6 maanden
- de 6 mois à 3 ans/ van 6 maanden tot 3 jaar
- de 3 à 9 ans/jaar
- 10-19ans/jaar
- 20-29ans/jaar
- 30-39ans/jaar
- 40-49ans/jaar
- 50-59ans/jaar
- 60-69ans/jaar

- de 70 ans ou plus/of meer

I.5.5 Symptômes, plaintes et traitements / Symptomen, klachten en behandelingen

37. Pour quels problèmes les patients vous consultent-ils le plus souvent (veuillez indiquer le TOP 5 dans l'ordre du plus fréquent (1) au plus rare (5)) /Voor welke problemen consulteren de patiënten u het meest (gelieve de TOP 5 volgens meest frequent (1) tot zelden (5))?

- tête/hoofd
- nuque/nek
- épaule/schoudergewricht
- membres supérieurs/bovenste lidmaat
- coude/elleboog
- poignet ou main/pols of hand
- thorax
- vertèbres thoraciques/thoracale wervels
- abdomen
- lombaires/lumbale regio
- pelvis
- hanche/heup
- membres inférieurs/onderste lidmaat
- genou/knie
- cheville ou pied/enkel of voet
- autre/andere

38. Les symptômes concernent-ils d'autres régions du corps (lesquelles) ?/Komen de symptomen ook voor in andere lichaamsdelen (welke)?

39. Quelles plaintes les patients vous mentionnent-ils le plus souvent (veuillez classer dans l'ordre du plus fréquent (1) au plus rare (5)) /Met welke klachten komen de patiënten bij u het meest (gelieve te ordenen volgens meest frequent (1) tot zelden (5))?

- sciatique (mal de dos avec irradiation)/ischias (lage rugpijn met uitstraling)
- lumbago (mal de dos sans irradiation)/lage rugpijn zonder uitstraling)
- mal de nuque (avec irradiation)/nekpijn (met uitstraling)
- mal de nuque (sans irradiation)/nekpijn (zonder uitstraling)
- maux de tête/hoofdpijn ou/of migraine
- suites d'accouchement/na een bevalling
- reflux gastro-oesophagien/reflux
- bébés grincheux/huilbabies
- otites à répétition/chronische otitis
- torticollis congénitaux/aangeboren torticollis
- torticollis lié à l'accouchement/bevallingsgerelateerde torticollis
- fibromyalgie
- syndrome de fatigue chronique/CVS
- plaintes aspécifiques/aspecifieke klachten
- affections liées au stress/stressgebonden aandoeningen
- troubles de la digestion/spijverteringstoornissen
- plaintes psycho-somatiques/psycho-somatische klachte
- autre/andere

40. Autres plaintes fréquentes ?/ Andere frequente klachten ?

Techniques

(jamais/nooit ; rarement/zelden ; parfois/soms ; souvent/vaak ; très souvent/zeer vaak)

41. Spinal manipulation (HVLA)

42. Peripheral manipulation

43. Pelvic blocking

44. Activator adjusting instrument

45. Mobilization

46. Applied kinesiology

47. Ergonomic advice

48. Dry needling

49. Nutritional supplementation

50. PNF stretching

51. Isometric/isotonic contractions

52. Exercises

53. Triggerpoints

54. Cross-friction

55. Cox flexion

56. Autres techniques utilisées fréquemment?/andere technieken met frequent gebruik?

1.5.6 Rémunération / Betaling

57. Combien d'heures travaillez-vous par jour en tant que chiropracteur? / Hoeveel uren per dag werkt u als chiropractor?

- <5h/u
- entre/tussen 5-8h/u
- plus de/meer dan 8h/u

58. Combien demandez-vous au patient pour une première consultation (euros)? / Hoeveel vraagt u aan de patiënt voor een eerste consult (euros)?

- <35euros
- 35-50euros
- >50euros

59. Combien demandez-vous au patient pour une consultation de suivi (euros) ? / Hoeveel vraagt u aan de patiënt voor een daaropvolgend consult (euros)?

- <35euros
- 35-50euros
- >50euros

1.5.7 Commentaires / Commentaar

60. Commentaires sur ce questionnaire/Commentaar op deze vragenlijst

2 REVUE DE LA LITTÉRATURE / LITERATUUR ONDERZOEK

2.1.1 HTA reports:

For HTA reports, the CRD database was searched. Additionally, individual websites of HTA agencies were consulted (**Error! Reference source not found.**).

Additional HTA agencies, searched with the terms osteopath*

HTA agency	Website
SBU	http://www.sbu.se/en/
NICE	http://www.nice.org.uk/
DACEHTA	http://www.sst.dk/english/
MSAC	http://www.msac.gov.au/
MAS	http://www.health.gov.on.ca/
HAS	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
AHRQ	http://www.ahrq.gov/
BCBS	http://www.bcbs.com/
AETSA	http://www.juntadeandalucia.es/
AATRM	http://www.gencat.cat/
CCOHTA	http://www.cadth.ca/index.php/en/home
ECRI	https://www.ecri.org/Pages/default.aspx
DIMDI	http://www.dimdi.de/static/de/index.html
IQWIG	http://www.iqwig.de/index.2.en.html

2.1.1.1 Systematic reviews

Systematic reviews and meta-analyses were searched in Medline, Embase: Cochrane Database of Systematic Reviews; CRD; CINAHL; PEDRO and the database for alternative medicine AMED.

Selection criteria

HTA reports and systematic reviews were selected according to the following criteria:

P: patients suffering from any condition

I: osteopathic manipulation/Osteopathic medicine, manual therapy.

C: any comparison: alternative intervention, placebo

O: patient relevant outcomes, such as mortality, morbidity, quality of life, pain relief, patient satisfaction

D: HTA reports or systematic reviews

Exclusion criteria:

Narrative reviews, editorials, letters, primary studies, economic evaluations, costing studies Only publications in English, French, Spanish, Portuguese, German or Dutch were eligible for inclusion in the present report. Other languages were thus excluded.

Selection criteria

Review question:		
Selection criteria	Inclusion criteria	Exclusion criteria
Population	all indications	
Intervention	any osteopathic intervention, chiropractic manipulation spinal manipulation orthopedic manipulation.	
Outcome	pain relief, any outcome	diagnosis, use, organisation
Design	systematic review of RCT or review of side effects	narrative review, opinion, protocol (cochrane)
Language	french english dutch portuguese german spanish	other language
Outdated		publication date < 2000
Review of review		review of review without primary update
Double		
more recent review		More recent review of same author or group available on the same subject that gives sufficient detail on method and result.
Other 5		

2.1.2 HTA sites:

SBU <http://www.sbu.se/en/> 0 hits

NICE <http://www.nice.org.uk/> 0 hits

DACEHTA <http://www.sst.dk/english/> 0 hits

MSAC <http://www.msac.gov.au/> 8 hits none relevant

MAS <http://www.health.gov.on.ca/> 8 hits none relevant

HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil 3 hits none relevant

AHRQ <http://www.ahrq.gov/> 81 hits

I HTA report 1999 on instable angina, considered outdated by the agency, inconclusive for all CAM discarded

I AHRQ HAT report: Evidence Report/Technology Assessment

Number 177 Complementary and Alternative Medicine in Back Pain Utilization Report (feb 2009) only scanned English literature and focused on utilization, not efficacy.

BCBS <http://www.bcbs.com/> 14 hits none relevant

AETSA <http://www.juntadeandalucia.es/> no hits

AATRM <http://www.gencat.cat/> 81 hits

CCOHTA <http://www.cadth.ca/index.php/en/home> 0 hits

ECRI <https://www.ecri.org/Pages/default.aspx> 0 hits

DIMDI <http://www.dimdi.de/static/de/index.html> 0 HITS

IQWIG <http://www.iqwig.de/index.2.en.html> 0 hits

Author	Jo Robays
Project number	2009-50_HSR_Alternative Medicine
Project name	Acupuncture, chiropractic manipulation, osteopathy, and homeopathy: an evaluation of their efficacy and a description of their implementation and utilization in Belgium.
Search questions	Efficacy of osteopathic treatments Beneficial and harmful effects of osteopathic treatments
Keywords	Manipulation osteopathic (Mesh), OMT, osteopathy

Date	09/03/2010
Database (name + access ; e.g.: Medline OVID)	CRD / HTA part
Search Strategy (attention, for PubMed, check « Details »)	#1 MeSH Osteopathic Medicine EXPLODE 1 #2MeSH Manipulation, Osteopathic EXPLODE 1 2 #3osteopath* #1 OR #2 OR # 3 documents
Note	3 documents retrieved, none retained 1 discarded for language (Swedish) 1 irrelevant (coloscopy) 1 on chronic fatigue, only one study mentioned on osteopathy. 2002

Date	17/03/2010
Database (name + access ; e.g.: Medline OVID)	Medline OVID
Search Strategy (attention, for PubMed, check « Details »)	Database: Ovid MEDLINE(R) 1950 to Present with Daily Update Search Strategy: ----- 1 Manipulation, Osteopathic/ or Osteopathic Medicine/ (2396) 2 osteopath*.mp. (4447) 3 1 or 2 (4447) 4 limit 3 to "review articles" (331) ----- 1 exp Manipulation, Orthopedic/ or exp Manipulation, Chiropractic/ or exp Manipulation, Spinal/ or exp Manipulation, Osteopathic/ (4624) 2 limit 1 to "review articles" (550) 3 limit 2 to (dutch or english or flemish or french or german or portuguese or spanish) (526)
Note	

Date	10/03/2010
Database (name + access ; e.g.: Medline OVID)	Embase
Search Strategy (attention, for PubMed, check « Details »)	'osteopathy'/exp AND [review]/lim AND [embase]/lim 115 records 'orthopedic manipulation'/exp OR 'chiropractic'/exp OR 'osteopathic medicine'/exp AND [review]/lim AND [embase]/lim 168 records
Note	medline records excluded

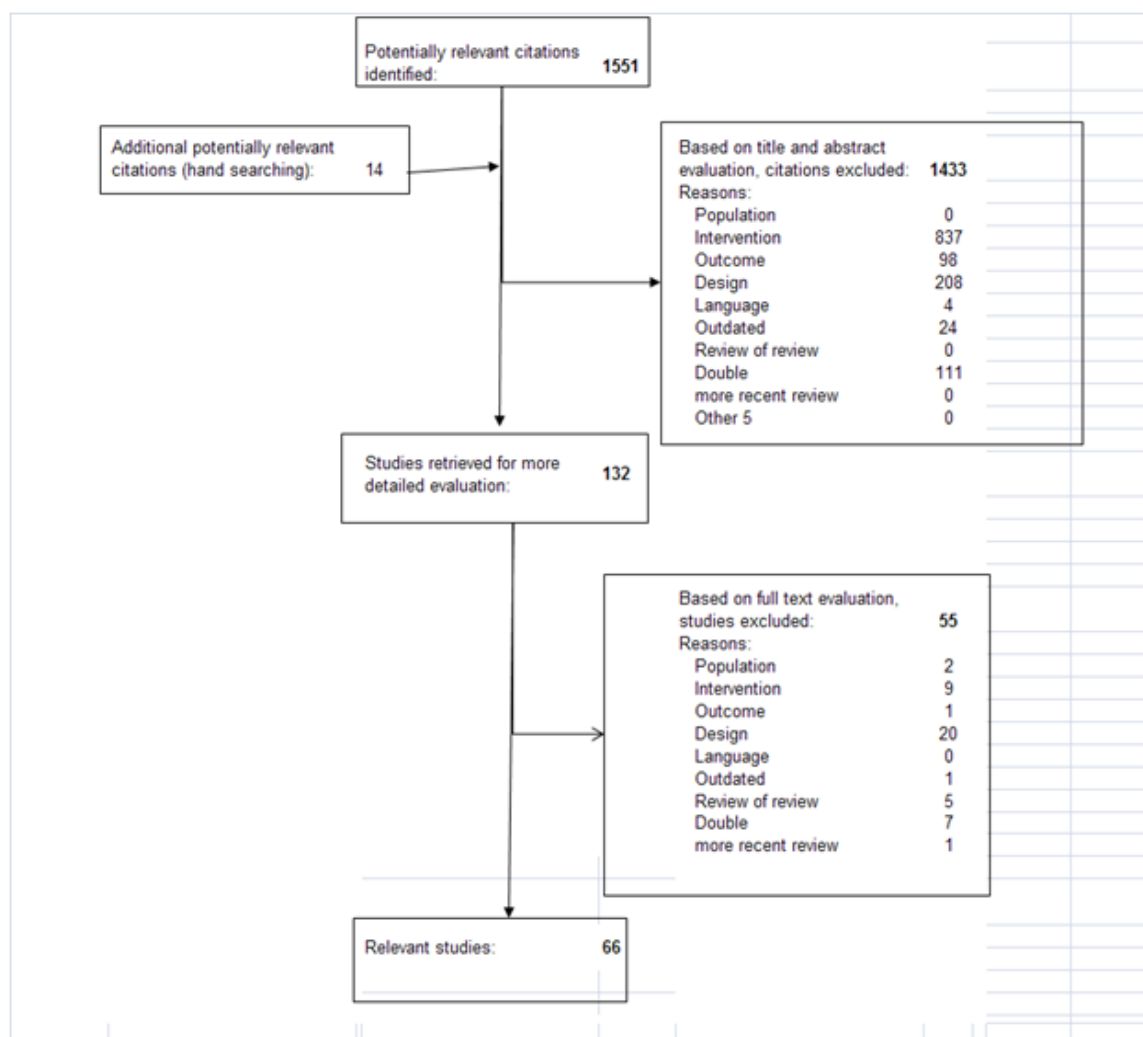
Date	23/03/2010
Database (name + access ; e.g.: Medline OVID)	Cochrane database of systematic reviews & DARE (accessed through cochrane
Search Strategy (attention, for PubMed, check « Details »)	<p>#1 MeSH descriptor Manipulation, Osteopathic, explode all trees</p> <p>#2 MeSH descriptor Osteopathic Medicine, explode all trees</p> <p>#3 osteopath* in Cochrane Reviews and Other Reviews</p> <p>#4 (#1 OR #2 OR #3)</p> <p>Cochrane reviews 24 DARE reviews 31</p> <p>#1 MeSH descriptor Manipulation, Chiropractic explode all trees</p> <p>#2 MeSH descriptor Manipulation, Orthopedic explode all trees</p> <p>#3 MeSH descriptor Manipulation, Spinal explode all trees</p> <p>#4 (#1 OR #2 OR #3)</p> <p>441 reviews retrieved</p>
Note	Note Restricted to Cochrane reviews and other reviews (DARE)

Date	23/03/2010
Database (name + access ; e.g.: Medline OVID)	PEdro
Search Strategy (attention, for PubMed, check « Details »)	<p>Osteopath* AND systematic review 14 reviews</p> <p>Spinal manipulation AND systematic review 77 reviews</p>
Note	

Date	23/03/2010
Database (	CINAHL through EBSCO host
Search Strategy (attention, for PubMed, check « Details »)	<p>Manipulation, Orthopedic/ or exp Manipulation, Chiropractic/ or exp Manipulation, Spinal/ or exp Manipulation, Osteopathic Limiters - Exclude MEDLINE records; Publication Type: Review Search modes - Boolean/Phrase 47 records retrieved,</p> <p>osteopathic manipulation and systematic review osteopathic medicine and systematic review osteopathy and systematic review osteopathy Search modes - Boolean/Phrase EBSCOhost Search Screen - Advanced Search 50 records retrieved</p>

Date	23/03/2010
Database (	AMED
Search Strategy (attention, for PubMed, check « Details »)	<p># Searches Results</p> <p>1 exp MANIPULATION OSTEOPATHIC/ 193</p>

	2 osteopath*.mp. [mp=abstract, heading words, title]	1747
	3 exp MANIPULATION CHIROPRACTIC/	779
	4 SPINAL MANIPULATION/	690
	5 MUSCULOSKELETAL MANIPULATIONS/	86
	6 1 or 2 or 3 or 4 or 5	3212
	Restricted to systematic reviews:	
	307	



2.1.3 Quality assessment of the systematic reviews:

Based on checklist Dutch Cochrane collaboration.

Reviews on safety (13) were not assessed as criteria are not applicable here (not necessarily systematic, narrative, case studies, other estimation methods were all included for safety).

If several review from same author or research group were available only the last review was assessed, sometimes based on information on methods given in previous reviews.

criteria used: 1 to 8: * The 8 items listed are: adequate research question, adequate literature search, adequate selection, adequate quality appraisal, adequate data-extraction, characteristics primary studies, adequate handling of clinical and statistical heterogeneity, correct statistical pooling

If reviewer considered that pooling was not appropriated then a 1 was given for correct pooling as well. If an item was not described or described in an unclear way then a 0 was given.

Quality assessment of the systematic review.

study ID	Clinical indication	Quality assessment								Type of manipulation	Final inclusion	Remarks	
		1	2	3	4	5	6	7	8				Total
Low back													
Assendelft 2003	Low back pain	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	literature assessed up ot 2002
Bronfort 2008/2004	Chronic low back pain	1	1	1	1	1	1	0	0	6	manual therapies	1	Bronfort 2008 is an update of the review of 2004,lit assessed up to up to 2006 no pooling attempted
Avery, 2005	Low back pain	1	1	0	0	0	0	0	0	2	manual therapies	0	up to 2002 , update of Mohseni-Bandpei et al 1998. no primary results reported, no added vallue compared to the others
Brown 2005	Low back pain	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	0	up to feb 2004, review based on other reviews, update with 2 RCT from 2002, not used because limited added value
Machado 2009	Low back pain	1	1	1	1	1	0	1	1	7	manual therapies	1	limited to analgetic effect and placebo controlled. Up to 2006 results visually represented but not reported in exact way
liccardione 2005	Low back pain	1	1	1	0	1	1	1	1	7	only osteopatic	1	lit up to august 2003 only osteopathic
Chou 2007	Low back pain	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	0	review of review, 2 primary studies added til 2006, the two added studies were already reported by bronfort as well, no added value
Ferreira 2003	Acute low back pain	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	lit up to march 2001
Ferreira 2002	Chronic low back pain	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	lit up to march 2001
Rubinstein 2010	Chronic low back pain	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	only chronic low back pain, stringent criteria for clinical relevance and RCT quality , no combinatin therapies allowed
Van tulder 2006	Low back pain	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	0	part on spinal manipulation entirely based on Assendelft
Ernst & Canter 2003	Low back pain	1	1	1	1	0	0	0	0	4	manual therapies	0	Includes same trials as assendelft and bronfort but without reporting of any result.
Rajaduraj 2009	Low back pain	1	1	1	1	1	0	1	1	7	manual therapies	0	litt assessed from 2000 to 2008, complementing Assendelft but not a real update
Snelling 2006	Disc herniation	1	1	1	1	0	1	0	0	5	manual therapies	0	Very specific indication. Al 4 found RCT are discussed critically.
walker 2010	Low back pain	1	1	1	1	1	1	1	1	8	chiropractic therapies	1	litt assessed to 2009, only chiropractic interventions
Neck													
gross 2010		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies unit	1	7 july 2009
Miller et al 2010	Neck pain	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies mu	1	8 july 2009 complementary to Gross et al, same research group and strategy, pulbished in the same issue
haneline 2005	Neck pain	1	0	0	0	0	1	0	0	2	manual therapies	0	
Gemmel 2006	non-specific neck pain	1	1	1	1	0	1	1	1	7	manual therapies	0	
Hurwitz 2008	neck pain & ass disorders	1	1	1	1	1	1	0	1	7	manual therapies	1	up to 2006

study ID	Clinical indication	Quality assessment								Type of manipulation	Final inclusion	Remarks	
		1	2	3	4	5	6	7	8				Total
Headache													
Bronfort 2009	headache	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	up to date 2002
Lenssinck	tension headache	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	2	jan/03
Astin and ernst 2005	headache	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	up to ?
Fernandez las penas 2006	tension headache	1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	up to ?
Biondi 2005	headache	1	0	0	0	0	1	0	0	2		0	very limited search strategy, medline only, mix of reviews and primary study, unclear how it was combined
Infant colic													
Hussereau 2003		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	up to 2002
Ernst, 2009		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	up to 2009
Brand 2005		1	1	1	1	1	1	0	0	6	manual therapies	1	31/dec/04
gotlib 2005		1	1	1	1	1	1	0	0	6	manual therapies	0	
Rupert 2008 update		1	1	1	1	1	1	0	0	6	manual therapies	1	update of Gotlieb 2005 search date 2008
Weng 2006		1	0	0	0	0	1	1	1	4	manual therapies	1	is more a narrative review but written from an osteopathic perspective, includes largely the same studies as the rest
Asthma													
Hondras 2009		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	2001
Ernst E, 2009		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	sep/08
Balon, 2003		1	1	1	1	1	1	0	0	6	manual therapies	1	juli/2002
Gotlib et al, 2005 and gotlib etal 2008 (update)		1	1	1	1	1	1	0	0	6	manual therapies	1	2007
Dysmenorrhea													
Proctor 2006		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	up to date 2008
Fibromyalgia													
Schiltenswolf 2008		1	1	1	1	0	1	1	1	7	manual therapies	1	up to 2006
Schneider 2009		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	up to june 2006
Ernst 2009		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	upt ot 2009
Myofascial trigger points													
vernon 2009		1	1	0	1	1	1	1	1	7	manual therapies	1	up to 2007
Rickards 2006		1	1	0	1	1	1	1	1	7	manual therapies	1	mai 2006
Chronic fatigue													
Bagnal 2002		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	2005
Enuresis													
Glazener 2005		1	1	1	1	1	1	1	1	8	manual therapies	1	nov/06
Upper and lower extremities													
Brantingham et al		1	1	1	1	1	0	1	1	7	manual therapies	1	search dat up to feb2008
Hoskins et al		1	1	1	1	1	0	1	1	7	manual therapies	1	Brantingham is an update of this study.
Mc Hardy		1	1	1	1	1	1	1	1	8	Chiropractic therapies	1	Search dat up to feb2005

3 LA CONTROVERSE VIA LE DEBATEGRAPH

3.1 JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE

Cette initiative s'inscrit dans la continuité des travaux menés en STS (Science & Technology Studies) depuis les années 70 et qui visent à prendre comme objet de recherche sociologique les conditions de la pratique scientifique et parascientifique, mais également de ses rapports à leurs propres épistémologies [Stengers, 1995 #222]. Depuis les années 90 et le début des années 2000, alors que les questions de recherches traitées se concentraient jusqu'alors sur ses aspects essentiellement conceptuels et cognitifs (la production de connaissances dans les laboratoires industriels ou scientifiques), de nouveaux champs d'études se sont étendus aux conditions de coexistence [Wynne, 1999 #223], voire de partage, ou même de coconstruction [Callon, 1998 #224] de l'expertise scientifique avec celle des citoyens ou des publics dits « concernés » (patients, riverains, usagers, consommateurs, amateurs,...)[Callon, 2001 #43]. Dans cette optique, une distinction conceptuelle est née de travaux à la fois théoriques et empiriques en sociologie des sciences et des techniques : celle entre les « *matters of facts* » et les « *matters of concerns* » [Latour, 2005 #227]. Si les premiers reposent conventionnellement sur des connaissances validées par l'expérimentation (telle l'EBM), les secondes valorisent les sources d'inquiétudes (« concerns ») comme ressources (« matters ») afin d'explorer ces situations marquées par l'incertitude (c'est-à-dire dont les connaissances qui portent sur ces dernières ne sont pas encore stabilisées). L'intérêt de mobiliser – pour ce dispositif participatif – cette « paire conceptuelle » est que précisément elles se présupposent : les conditions et les contenus des pratiques ostéopathiques (fonctionnelles, physiques, crâniennes ou viscérales) ne peuvent être pris séparément de celles de la médecine conventionnelle. Alors que l'approche par les « *matters of facts* » risque de ne rien donner de nouveau dans l'évaluation des premières – sauf à confirmer le manque de données significatives ou encore le manque d'une terminologie stabilisée (c'est-à-dire une évaluation « par les manques »), il devenait progressivement fondé sociologiquement de s'intéresser à la valorisation d'une approche centrée sur l'étude des « *matters of concerns* », c'est-à-dire une évaluation par l'exploration de ce qui fonde par/pour le milieu concerné l'intérêt, mais également les critères de réussites ou d'échec de leurs propres pratiques. Ce renversement de perspective (qui, remarquons-le, n'est pas en soi antinomique avec une approche par les « *matters of facts* » dans la mesure où cette dernière peut s'enrichir de nouveaux « faits »...) présuppose de la part des évaluateurs du KCE concernés de suspendre momentanément leur jugement sur ce qui ressort du rationnel ou de l'irrationnel [Bloor, 1976 #226].

3.2 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

Le Debategraph (DG) est une plateforme internet basée sur la technologie wiki. Elle est développée par David Price et Peter Baldwin. Le DG est libre d'accès mais n'est pas ouvert à la libre modification de son code (creative commons). Il peut être accessible à l'adresse internet suivante : www.debategraph.org. Le débat suscité par ce dispositif informatique répond à une certaine structure. Les contributions sont hiérarchisées selon plusieurs catégories : une problématique centrale, des thèmes (issues), des prises de positions (positions), des arguments en faveur ou en défaveur d'une position, des décisions, etc. Ces éléments de la carte composent un espace à plusieurs niveaux selon l'avancement de l'utilisateur dans les débats. Chaque élément peut être composé de niveau d'information allant du plus général (le titre de l'élément ou de l'idée) au plus précis (un texte étendu permettant de décrire précisément l'issue, la position ou l'argument). L'intérêt de passer par le DG est que cette plateforme est accessible de n'importe quel ordinateur pourvu d'une connexion internet. Chaque contribution ou modification de contribution est traçable (à la manière de wikipédia). De plus, des ressources très hétérogènes peuvent être attachées à chaque contribution (documents informatiques, vidéos, sons, images) ce qui permet de transformer la session du DG en base de données partageable à l'échelle de la communauté des participants. En ce qui concerne l'établissement de la session du DG consacrée à l'ostéopathie en Belgique, elle

fut établie comme session privée, c'est-à-dire accessible aux membres sélectionnés par le KCE ou sur invitation.

3.3 PARTICIPANTS

18 participants du monde ostéopathique (dont un du milieu kinésithérapeute) :

Associations professionnelles : FICO, SBO-BVO, ROB, UVO, GNRPO, IAO, UBC-BVC, BAKO-ABOC.

Association/centre non-ostéopathique : Kine AXXON, CEBAM

Mutuelles : Mutualités socialistes, EUROMUT

Experts-praticiens : ULB

À ces participants s'ajoutent 3 modérateur(e)s du KCE.

3.4 PROCESSUS

Organisation de 3 demi-journées en plénière (juin 2010) :

- Présentation de l'outil aux stakeholders ;
- Présentation de l'outil aux experts ;
- Formation à l'usage de l'outil et implémentation de la carte ;
- Propositions de thématiques par les participants (*Mind Mapping*) ;
- Implémentation de la carte par les participants dans le DG.
- Charte d'utilisation de la carte ;

Suivi du débat et modérations (juin-août 2010)

Feed-back par entretiens individuels (août 2010)

4 POPULATION SURVEY

4.1 ORGANISATION

La société Phonecom a réalisé pour le KCE une enquête téléphonique auprès de la population adulte belge, de décembre 2009 à janvier 2010, sur base du questionnaire bilingue (fr/nl) réalisé par le KCE.

4.2 OBJECTIF

L'enquête téléphonique avait pour but de récolter de l'information sur la prévalence d'usage, les modes d'usage et les raisons médicales d'usage des quatre thérapies alternatives à l'étude. Un module destiné à explorer l'usage de ces quatre thérapies à l'intention des enfants a été ajouté. Un module destiné à cerner les représentations de la santé des répondants a également été développé.

4.3 CONSTRUCTION DE L'ÉCHANTILLON

L'enquête a été menée sur base d'une application CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing). Le fichier source utilisé pour les appels vers les lignes fixes était le cd-rom infobel® 2009. Une sélection purement aléatoire a été opérée sur la totalité des numéros fixes disponibles en Belgique. Les personnes inscrites sur la Liste Robinson ont été automatiquement exclues de ce fichier, conformément au code de déontologie de l'ABMD (Association Belge du Marketing Direct). Des séries de numéros de GSM fixes ont également été créées aléatoirement et appelées afin d'interroger les titulaires de lignes mobiles.

Sur un total de 10.000 appels au départ, 1999 questionnaires valides ont été retenus pour l'analyse, les personnes éligibles devant être âgées de plus de 18 ans.

4.4 GESTION DES QUOTAS

Une méthode mixte de quotas non croisés proportionnels et de stratification a été utilisée par la société Phonecom pour la réalisation de l'enquête. Celle-ci a été préférée à la méthode probabiliste sans imposition de quotas car elle permet d'obtenir une bonne représentativité tout en s'avérant moins risquée. La grille des quotas retenus émane des données de l'Institut National de Statistique de 2008 (voir grilles page suivante).

4.5 REDRESSEMENTS

Des redressements à la marge ont été appliqués sur le niveau d'éducation pour parvenir à une représentativité optimale de la population mère.

QUOTAS PHONECOM 2009									QUOTAS INS 2008								
HOMMES	Age								HOMMES	Age							
Province	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	Total	Province	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	Total
Antw	17	26	31	30	24	17	14	159	Antw	17	26	31	30	24	17	14	159
Bxl	11	21	20	15	11	7	7	92	Bxl	11	21	20	15	11	7	7	91
Oost VI	11	16	20	20	17	13	10	107	Oost VI	11	16	20	20	17	13	10	107
West VI	13	22	26	24	20	14	11	130	West VI	13	22	26	24	20	14	11	130
Hainaut	13	19	22	22	18	11	9	114	Hainaut	13	19	22	22	18	11	9	114
Liege	11	16	18	18	14	10	8	95	Liege	11	16	18	18	14	10	8	94
Limburg	8	13	15	16	12	9	5	78	Limburg	8	13	15	16	12	9	5	78
Luxembourg	3	4	5	4	3	2	2	23	Luxembourg	3	4	5	4	3	2	2	23
Namur	5	7	8	8	6	4	3	41	Namur	5	7	8	8	6	4	3	41
Vlaams Brab	10	15	19	19	15	10	8	96	Vlaams Brab	10	15	19	19	15	10	8	96
Brab Wall	4	5	6	6	5	3	3	32	Brab Wall	4	5	6	6	5	3	3	32
Total	106	164	190	182	145	100	80	967	Total	106	163	189	182	147	101	80	968
FEMMES									FEMMES								
Antw	17	25	30	29	24	19	21	165	Antw	17	25	30	29	24	19	21	165
Bxl	12	22	18	15	13	9	13	102	Bxl	12	22	18	15	13	9	13	102
Oost VI	11	15	19	19	17	15	16	112	Oost VI	11	15	19	19	17	15	16	113
West VI	11	20	25	24	20	16	18	134	West VI	11	20	25	24	20	16	18	133
Hainaut	13	19	22	23	19	13	18	127	Hainaut	13	19	22	23	19	13	18	127
Liege	11	15	18	18	15	12	14	103	Liege	11	15	18	18	15	12	14	102
Limburg	8	11	15	15	12	10	8	79	Limburg	8	12	15	15	12	9	8	79
Luxembourg	3	4	5	4	3	3	3	25	Luxembourg	3	4	5	4	3	3	3	24
Namur	5	7	8	8	6	5	6	45	Namur	5	7	8	8	6	5	6	44
Vlaams Brab	10	15	19	19	15	12	13	103	Vlaams Brab	10	15	19	19	15	12	13	103
Brab Wall	4	5	7	7	6	4	4	37	Brab Wall	4	5	7	7	6	4	4	36
Total	105	158	186	181	150	118	134	1032	Total	105	161	184	181	149	117	135	1032

4.6 STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE

Celui-ci combine principalement des questions issues de deux questionnaires d'enquêtes nationales publiées dans le Journal of the American Medical Association ainsi que dans le New England Journal of Medicine [Astin, 1998 #76][Eisenberg, 1993 #75]. D'autres enquêtes nationales plus récentes réalisées au Japon [Yamashita, 2002 #77], en Australie [Xue, 2007 #78] et au Royaume-Uni [Thomas, 2001 #79] ont également été mobilisées pour la construction du questionnaire. Les questions posées concernaient :

- Le statut socio-démographique et sanitaire de la personne,
- La fréquence d'usage des médecines alternatives (durant ces 12 derniers mois et tout au long de la vie),
- Les raisons médicales de leur consultation,
- Leur attitude globale par rapport à l'usage des médecines alternatives,
- Les caractéristiques du thérapeute consulté (diplôme, accessibilité, montant des consultations et des traitements),
- Leur niveau de satisfaction par rapport aux médecins alternatifs et conventionnels,
- leurs représentations de la santé.

Aux parents, des questions similaires ont été posées concernant le statut sanitaire de leurs enfants, la fréquence du recours aux médecines alternatives et les motifs médicaux de consultation.

4.7 CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS

Les caractéristiques socio-démographiques des répondants sont présentées ci-dessous, avant et après redressement du niveau d'éducation.

Tableau 1: Caractéristiques des répondants

		No. After weight.	(%)
Sex	Male	962	48%
	Female	1037	52%
Age (year)	18-24	206	10%
	25-34	300	15%
	35-44	356	18%
	45-54	350	18%
	55-64	295	15%
	65-74	240	12%
	75+	252	13%
Education	<High school or University	530	27%
	Secondary superior	684	34%
	Secondary inferior	366	18%
	Primary school or no diploma	419	21%
Nationality	Belgium	1868	93%
	Other	131	7%
Employment	Private sector employee	379	19%
	Employer	64	3%
	Public sector employee/teacher	216	11%
	Student	142	7%
	Independent	118	6%
	Worker	273	14%
	Family caregiver	60	3%

Region	Unemployed	162	8%
	Not active<60y	170	9%
	Not active 60y+	411	21%
Children	Vlaanderen	1183	59%
	Brussels	188	9%
	Wallonie	629	31%
No. of children<18yr	Yes	1380	69%
	No	619	31%
Monthly income	0	856	62%
	1	201	15%
	2	219	16%
	3	68	5%
	4	28	2%
	5	7	1%
Subjective Health	<2000 eur	806	55,8%
	Eur2000-3000	373	25,8%
	Eur3000-4000	168	11,6%
	Eur4000-5000	63	4,4%
	Eur5000-6000	13	0,9%
	>6000eur	21	1,5%
Chronic disease or handicap	Very Good	500	25%
	Good	1001	50%
	Medium	350	18%
	Bad	107	5%
	Very Bad	36	2%
	Don't want to reply	5	0%
Functional limitations in case of chronic disease or handicap	Yes	454	23%
	No	1538	77%
	Don't want to reply	8	0%
No. of medical conditions reported	Yes all the time	211	46%
	Yes from time to time	109	24%
	Seldom or never	129	28%
	Don't want to reply	5	1%
	None	377	19%
	1	329	16%
	2	357	18%
	≥3	936	47%
	At least 1	1622	81%

*Because of rounding, percentages do not always total 100.

4.8 QUESTIONNAIRES

Fonctions standards
WWW=OUI
01 OUI
02 NON
WWW=OUI2
01 OUI
02 NON
03 NE SAIT PAS
WWW=ACCORD2
04 Tout à fait d'accord
03 Plutôt d'accord
02 Plutôt pas d'accord
01 Pas du tout d'accord
00 Ne sait pas
QUESTION 001
-> Tout d'abord, quelques questions relatives à votre foyer :
-> SI Le répondant est
01 Un homme
02 Une femme
S1
-> "Quelle est votre nationalité ?"
BELGE
AUTRE
s2
if s2=A
-> "Précisez"
s2b
else
s2b
endif
s3 with codpos
-> "S3 Quel est le code postal de votre lieu de résidence principal ?"
s3
if empty(s3b)
-> "Votre province est donc "
01 ANTWERPEN
02 BRUXELLES
03 OOST VLAANDEREN
04 WEST VLAANDEREN
05 HAINAUT
06 LIEGE
07 LIMBURG
08 LUXEMBOURG
09 NAMUR
10 VLAAMS BRABANT
11 BRABANT WALLON
s3b

endif
QUESTION 002
-> "S4 Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?"
01 - 18-24
02 - 25-34
03 - 35-44
04 - 45-54
05 - 55-64
06 - 65-74
07 - >=75 ans
08 - < 18 ans
00 - NE VEUT PAS REPONDRE
s4
cle with alltrim(s1)+alltrim(s3b)+alltrim(s4)
if s4=00.or.s2=08
else
sele 14
if fait>=quota
sele 1
-> 10,5 say "Désolé, mais nous avons atteint notre quota pour cette catégorie."
ok with 2 - hors cible
else
sele 1
endif
endif
QUESTION 003
-> "S5 Quel est votre niveau d'études (plus haut diplôme obtenu) ?"
01 Enseignement supérieur ou universitaire
02 Secondaire Supérieur
03 Secondaire inférieur
04 Primaire ou sans diplôme
s5
QUESTION 004
-> "S6 Dans quelle catégorie professionnelle vous situez-vous ?"
01 Employé secteur privé
02 Employeur
03 Fonctionnaire (Secteur public) / enseignant
04 Etudiant
05 Indépendant
06 Ouvrier
07 Aidant familial
08 Chômeur
09 Inactif < 60 ans
10 Inactif 60 ans et +
00 Ne veut pas répondre
S6
QUESTION 005

-> "S7 Avez-vous des enfants ?"
01 OUI
02 NON
s7
if s7=01
-> "Combien sont âgés de moins 18 ans ?"
0
1
2
3
4
5 ou plus
S7b
else
endif
QUESTION 006
-> "S8 - Toujours pour nos statistiques, je vais vous citer une série de fourchettes de revenus, "
-> "pourriez-vous me dire à quelle fourchette correspond le revenu mensuel net de votre ménage ?"
-> "Si ce montant varie dun mois à lautre, merci de nous donner une moyenne "
01 MOINS DE 2.000 €
02 ENTRE € 2.000 et € 3.000
03 ENTRE € 3.000 et € 4.000
04 ENTRE € 4.000 et € 5.000
05 ENTRE € 5.000 et € 6.000
06 PLUS de 6.000 €
07 PAS DE REPONSE
S8
QUESTION 007
QUESTION 008
QUESTION 009
-> "Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Rassurez-vous il sagit de questions"
-> "très générales et comme je vous lai déjà expliqué vos réponses resteront tout à fait anonymes."
-> "I.Comment définiriez-vous votre état de santé général ?"
01 Très bon
02 Bon
03 Moyen
04 Mauvais
05 Très mauvais
00 Ne veut pas répondre
q1
QUESTION 010
-> "2.Souffrez-vous dune ou plusieurs maladies et/ou daffections de longue durée ou de handicaps ?"
01 OUI
02 NON
00 Ne veut pas répondre
Q2
if q2=01
-> "Ces maladies et/ou affections, handicaps vous gênent-ils dans vos activités quotidiennes ? "

01 Oui en permanence
02 Oui de temps en temps
03 Non ou rarement
00 Ne veut pas répondre
q3
else
endif
QUESTION 011
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de Problèmes de dos "
www=oui()
q4a
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert dAllergies"
www=oui()
q4b
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de Fatigue "
www=oui()
q4c
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert dArthrite "
www=oui()
q4d
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de Maux de tête "
www=oui()
q4e
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de Douleurs au cou"
www=oui()
q4f
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de Pression sanguine élevée"
www=oui()
q4g
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert dEntorse ou de foulure"
www=oui()
q4h
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert dInsomnie "
www=oui()
q4i
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de Problèmes au niveau des poumons (respiratoires)"
www=oui()
q4j
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de Problèmes de peau "
www=oui()
q4k
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de Problèmes digestifs"
www=oui()
q4l
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de Dépression "
www=oui()
q4m
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert dAngoisses"
www=oui()
q4n
-> "4.Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert dAutres problème:..... "
www=oui()

q4o
if q4o=01
-> "Précisez quels autres"
q4z
else
endif
if empty(q4z)
q4o with 02
endif
if q4a=01
01 Problème de dos
endif
if q4b=01
02 Allergies
endif
if q4c=01
03 Fatigue
endif
if q4d=01
04 Arthrite
endif
if q4e=01
05 Maux de tête
endif
if q4f=01
06 Douleurs au cou
endif
if q4g=01
07 Pression sanguine élevée
endif
if q4h=01
08 Entorse ou foulure
endif
if q4i=01
09 Insomnie
endif
if q4j=01
10 Problèmes au niveau des poumons (respiratoires)
endif
if q4k=01
11 Problèmes de peau
endif
if q4l=01
12 Problèmes digestifs
endif
if q4m=01
13 Dépression
endif
if q4n=01
14 Angoisses
endif

if q4o=01
15 +Q4Z
endif
if val(q4a)+val(q4b)+val(q4c)+val(q4d)+val(q4e)+val(q4f)+val(q4g)+val(q4h)+val(q4i)+val(q4j)+val(q4k)+val(q4l)+val(q4m)+val(q4n) +val(q4o)<27
-> "Quelles sont/étaient les 3 problèmes les plus importants vous concernant ?"
q4ba
-> "Quelles sont/étaient les 3 problèmes les plus importants vous concernant ?"
q4bb
-> "Quelles sont/étaient les 3 problèmes les plus importants vous concernant ?"
q4bc
else
q4ba with x
q4bb with x
q4bc with x
endif
if empty(q4ba).and.empty(q4bb).and.empty(q4BC)
AW013
else
AW011
endif
QUESTION 012
-> "Nous parlons des problèmes suivants que vous avez eus au cours des 12 derniers mois: "
-> alltrim(q4ba)+ / +alltrim(q4bb)+ / +alltrim(q4bc)
-> "5.Avez-vous pour ces problèmes consulté un docteur médical durant les 12 derniers mois ?"
www=oui()
q5
if q5="01"
-> "Pour quel/quels problème(s) ?"
Q5a
Q5b
Q5c
if q5a= .and.q5b= .and.Q5c=
q5 with 02
endif
endif
AW012
QUESTION 013
-> "Toujours pour les problèmes suivants que vous avez eus au cours des 12 derniers mois: "
-> alltrim(q4ba)+ / +alltrim(q4bb)+ / +alltrim(q4bc)
-> "6.Avez-vous pour ces problèmes consulté un un thérapeute alternatif (pratiquant une médecine alternative) "
-> "durant les 12 derniers mois ?"
www=oui()
q6
if q6="01"

-> "Pour quel/quels problème(s) ?"
Q6a
Q6b
Q6c
if q6a= .and.q6b= .and.Q6c=
q6 with 02
endif
endif
if q6="01"
-> "Quel type de thérapeute et combien de fois ?"
-> "Un Homéopathe?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q6b1
if Q6B1=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion dy recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q6bb1
if q6BB1=05
-> "Précisez "
Q6bb1z
else
endif
endif
-> "Un Acuponcteur/trice?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q6b2
if Q6B2=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion dy recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q6bb2
if q6BB2=05
-> "Précisez "
Q6bb2z
else
endif
endif

-> "Un Phytothérapeute/herbaliste?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q6b3
if Q6B3=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion d'y recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q6bb3
if q6BB3=05
-> "Précisez "
Q6bb3z
else
endif
endif
-> "Un Chiropracteur/trice?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q6b4
if Q6B4=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion d'y recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q6bb4
if q6BB4=05
-> "Précisez "
Q6bb4z
else
endif
endif
-> "Un Ostéopathe?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q6b6

if Q6B6=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion dy recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q6bb6
if q6BB6=05
-> "Précisez "
Q6bb6z
else
endif
endif
-> "Un Autre praticien(ne) de médecine alternative?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q6b7
if q6b7=01.or.q6b7=02
-> "De quel type de thérapeute sagissait-il ?"
Q6BZ
endif
if Q6B7=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion dy recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q6bb7
if q6BB7=05
-> "Précisez "
Q6bb7z
else
endif
endif
endif
if q6B1=03.and.Q6B2=03.and.Q6B3=03.and.Q6B4=03.and.Q6B5=03.and.Q6B6=03.and.Q6B7=03
q6 with 02
endif
if q6=02
-> "Pourquoi navoir jamais consulté un thérapeute alternatif (pratiquant une médecine alternative) "
-> "durant les 12 derniers mois pour "+alltrim(q4ba)+ / +alltrim(q4bb)+ / +alltrim(q4bc)
01 Pas confiance
02 Ne connaît pas
03 Déconseillé par son médecin
04 Trop cher
05 Trop loin du lieu d'habitation

-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert de Douleurs au cou"
www=oui()
q8f
-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert de Pression sanguine élevée"
www=oui()
q8g
-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert dEntorse ou de foulure"
www=oui()
q8h
-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert dInsomnie "
www=oui()
q8i
-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert de Problèmes au niveau des poumons (respiratoires)"
www=oui()
q8j
-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert de Problèmes de peau "
www=oui()
q8k
-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert de Problèmes digestifs"
www=oui()
q8l
-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert de Dépression "
www=oui()
q8m
-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert dAngoisses"
www=oui()
q8n
-> "8.Au cours des 12 derniers mois, lun dentre eux a-t-il souffert dAutres problème:..... "
www=oui()
q8o
if q8o=01
-> "Précisez quels autres"
q8z
else
endif
if empty(q8z)
q8o with 02
endif
if q8a=01
01 Problème de dos
endif
if q8b=01
02 Allergies
endif
if q8c=01
03 Fatigue
endif
if q8d=01
04 Arthrite
endif

if q8e=01
05 Maux de tête
endif
if q8f=01
06 Douleurs au cou
endif
if q8g=01
07 Pression sanguine élevée
endif
if q8h=01
08 Entorse ou foulure
endif
if q8i=01
09 Insomnie
endif
if q8j=01
10 Problèmes au niveau des poumons (respiratoires)
endif
if q8k=01
11 Problèmes de peau
endif
if q8l=01
12 Problèmes digestifs
endif
if q8m=01
13 Dépression
endif
if q8n=01
14 Angoisses
endif
if q8o=01
endif
if val(q8a)+val(q8b)+val(q8c)+val(q8d)+val(q8e)+val(q8f)+val(q8g)+val(q8h)+val(q8i)+val(q8j)+val(q8k)+val(q8l)+val(q8m)+val(q8n) +val(q8o)<27
-> "Quelles sont/étaient les 3 problèmes les plus importants concernant votre enfant ?"
q8ba
-> "Quelles sont/étaient les 3 problèmes les plus importants concernant votre enfant ?"
q8bb
-> "Quelles sont/étaient les 3 problèmes les plus importants concernant votre enfant ?"
q8bc
else
q8ba with x
q8bb with x
q8bc with x
endif
endif
if empty(q8ba).and.empty(q8bb).and.empty(q8BC)
else
endif

QUESTION 015

if val(s7b)>0

-> "Nous parlons des problèmes suivants que lun de vos enfants a eus au cours des 12 derniers mois: "

-> alltrim(q8ba)+ / +alltrim(q8bb)+ / +alltrim(q8bc)

-> "9.Avez-vous pour ces problèmes consulté un docteur médical durant les 12 derniers mois ?"

www=oui()

Q9

if Q9="01"

-> "Pour quel/quels problème(s) ?"

Q9a

Q9b

Q9c

if q9a= .and.q9b= .and.Q9c=

q9 with 02

endif

endif

endif

QUESTION 016

if val(s7b)>0

-> "Toujours pour les problèmes suivants que lun de vos enfants a eus au cours des 12 derniers mois: "

-> alltrim(q8ba)+ / +alltrim(q8bb)+ / +alltrim(q8bc)

-> "6.Avez-vous pour ces problèmes consulté un thérapeute alternatif (pratiquant une médecine alternative) "

-> "durant les 12 derniers mois ?"

www=oui()

q10

if q10="01"

-> "Pour quel/quels problème(s) ?"

Q10a

Q10b

Q10c

if q10a= .and.q10b= .and.Q10c=

q10 with 02

endif

endif

if q10="01"

-> "Quel type de thérapeute et combien de fois ?"

-> "Un Homéopathe?"

01 Oui une seule fois

02 Oui plusieurs fois

03 Non

04 Ne sait pas

05 Pas de réponse

q10b1

if q10b1=01

-> "Pourquoi une seule fois ?"

01 Pas eu l'occasion dy recourir plus

02 Déçu par l'expérience

03 Déconseillé par les proches

04 Déconseillé par le médecin traitant

05 Autres

q10bb1

if q10BB1=05
-> "Précisez "
Q10bb1z
else
endif
endif
-> "Un Acuponcteur/trice?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q10b2
if q10B2=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion dy recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q10bb2
if q10BB2=05
-> "Précisez "
Q10bb2z
else
endif
endif
-> "Un Phytothérapeute/herbaliste?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q10b3
if q10B3=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion dy recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q10bb3
if q10BB3=05
-> "Précisez "
Q10bb3z
else
endif
endif
-> "Un Chiropracteur/trice?"
01 Oui une seule fois

02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q10b4
if q10B4=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion dy recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q10bb4
if q10BB4=05
-> "Précisez "
Q10bb4z
else
endif
endif
-> "Un Ostéopathe?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q10b6
if q10B6=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion dy recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q10bb6
if q10BB6=05
-> "Précisez "
Q10bb6z
else
endif
endif
-> "Un Autre praticien(ne) de médecine alternative?"
01 Oui une seule fois
02 Oui plusieurs fois
03 Non
04 Ne sait pas
05 Pas de réponse
q10b7
if q10b7=01.or.q10b7=02

-> "De quel type de thérapeute sagissait-il ?"
q10BZ
endif
if q10B7=01
-> "Pourquoi une seule fois ?"
01 Pas eu l'occasion dy recourir plus
02 Déçu par l'expérience
03 Déconseillé par les proches
04 Déconseillé par le médecin traitant
05 Autres
q10bb7
if q10BB7=05
-> "Précisez "
Q10bb7z
else
endif
endif
endif
if q10B1=03.and.q10B2=03.and.q10B3=03.and.q10B4=03.and.q10B5=03.and.q10B6=03.and.q10B7=03
q10 with 02
endif
if q10=02
-> "Pourquoi n'avez-vous jamais consulté pour vos enfants un thérapeute alternatif (pratiquant une médecine alternative) "
-> "durant les 12 derniers mois pour "+alltrim(q8ba)+ / +alltrim(q8bb)+ / +alltrim(q8bc)
01 Pas confiance
02 Ne connaît pas
03 Déconseillé par son médecin
04 Trop cher
05 Trop loin du lieu d'habitation
06 Autre : (précisez)
q10d
if q10d=06
-> "Précisez "
Q10dz
else
endif
endif
if q10=01
-> "Ici, avez-vous utilisé cette médecine alternative en remplacement de la médecine régulière "
-> "ou en complément de la médecine régulière?"
01 OUI EN REMPLACEMENT
02 OUI EN COMPLEMENT
03 NON
00 Ne sait pas
q11
if q11=01
-> "Pourquoi en remplacement"
Q11a
endif
if q11=02
-> "Pourquoi en complément"
Q11b

endif
endif
endif
QUESTION 017
if q6<>01
-> "I2.Avez-vous personnellement(donc pour vous-même) déjà eu recours au moins une fois dans votre vie "
-> "à une médecine alternative ?"
01 OUI
02 NON
03 NE REpond PAS
q12
if q12=02
-> "Puis-je vous demander pourquoi ?"
01 Pas confiance
02 ne connaît pas
03 Déconseillé par son médecin
04 Trop cher
05 Trop loin du lieu dhabitation
06 Autre : (précisez)
q12a
-> "Précisez"
if q12a=06
Q12z
else
endif
endif
else
q12 with 01
endif
-> "Q12b Si les médecines alternatives étaient à lavenir remboursées par la Sécurité Sociale, "
-> "cela vous inciterait-il personnellement à y faire plus appel ?"
www=oui2()
q12b
QUESTION 018
if val(s7b)>0
if q10<>01
-> "I3.Avez-vous déjà eu recours au moins une fois dans votre vie à une médecine alternative ?"
-> "pour lun de vos enfants?"
01 OUI
02 NON
03 NE REpond PAS
q13
if q13=02
-> "Puis-je vous demander pourquoi ?"
01 Pas confiance
02 ne connaît pas
03 Déconseillé par son médecin
04 Trop cher
05 Trop loin du lieu dhabitation

06 Autre : (précisez)
q13a
if q13a=06
-> "Précisez"
Q13z
else
endif
endif
else
q13 with 01
endif
-> "Q13b Si les médecines alternatives étaient à l'avenir remboursées par la Sécurité Sociale, "
-> "cela vous inciterait-il personnellement à y faire plus appel ?"
www=oui2()
q13b
endif
if Q12<>01.And.Q13<>01
else
endif
QUESTION 019
if q12=01
-> "Q14 La dernière fois que vous avez fait appel POUR VOUS-MEME à une médecine alternative, quelle était "
-> "la formation initiale de la personne que vous avez été consulté?"
01 Médecin généraliste
02 Médecin spécialiste
03 Physiothérapeute/kinésithérapeute
04 Infirmière
00 Ne sait pas
05 Autre : précisez
q14
if q14=05
-> "Précisez"
Q14z
else
endif
endif
if q13=01
-> "Q15 La dernière fois que vous avez fait appel POUR VOTRE ENFANT à une médecine alternative, quelle était "
-> "la formation initiale de la personne que vous avez été consulté?"
01 Médecin généraliste
02 Médecin spécialiste
03 Physiothérapeute/kinésithérapeute
04 Infirmière
00 Ne sait pas
05 Autre : précisez
q15
if q15=05
-> "Précisez"
Q15z
else
endif
endif

QUESTION 020
if q12=01
-> "Q16a En cas d'urgence, pouvez-vous voir VOTRE thérapeute :"
-> "LE SOIR ?"
www=oui2()
q16a
-> "Q16b En cas d'urgence, pouvez-vous voir VOTRE thérapeute :"
-> "LE WEEK-END ?"
www=oui2()
q16b
endif
if q13=01
-> "Q17a En cas d'urgence, pouvez-vous voir le thérapeute DE VOTRE ENFANT:"
-> "LE SOIR ?"
www=oui2()
q17a
-> "Q17b En cas d'urgence, pouvez-vous voir le thérapeute DE VOTRE ENFANT:"
-> "LE WEEK-END ?"
www=oui2()
q17b
endif
QUESTION 021
if q12=01
-> "Q18 La dernière fois que vous avez fait appel POUR VOUS-MEME à une médecine alternative, "
-> "puis-je avoir une estimation de ce que vous avez payé :"
-> "A) Pour la consultation"
01 moins de 25 €
02 entre 25 € et 50 €
03 entre 50 € et 75 €
04 entre 75 € et 100 €
05 plus de 100 €
00 Ne sait pas
q18a
-> "B) Pour les produits achetés en pharmacie"
01 moins de 25 €
02 entre 25 € et 50 €
03 entre 50 € et 75 €
04 entre 75 € et 100 €
05 plus de 100 €
00 Ne sait pas
XX Aucune dépense
q18b
-> "C) Pour les produits achetés chez le thérapeute"
01 moins de 25 €
02 entre 25 € et 50 €
03 entre 50 € et 75 €
04 entre 75 € et 100 €
05 plus de 100 €
00 Ne sait pas
XX Aucune dépense
q18c

-> "D) Une de ces dépenses vous a-t-elle été remboursée par une assurance ? "
www=oui2()
q18d
endif
if q13=01
-> "Q19 La dernière fois que vous avez fait appel POUR VOS ENFANTS à une médecine alternative, "
-> "puis-je avoir une estimation de ce que vous avez payé :"
-> "A) Pour la consultation"
01 moins de 25 €
02 entre 25 € et 50 €
03 entre 50 € et 75 €
04 entre 75 € et 100 €
05 plus de 100 €
00 Ne sait pas
q19a
-> "B) Pour les produits achetés en pharmacie"
01 moins de 25 €
02 entre 25 € et 50 €
03 entre 50 € et 75 €
04 entre 75 € et 100 €
05 plus de 100 €
00 Ne sait pas
XX Aucune dépense
q19b
-> "C) Pour les produits achetés chez le thérapeute"
01 moins de 25 €
02 entre 25 € et 50 €
03 entre 50 € et 75 €
04 entre 75 € et 100 €
05 plus de 100 €
00 Ne sait pas
XX Aucune dépense
q19c
-> "D) Une de ces dépenses vous a-t-elle été remboursée par une assurance ? "
www=oui2()
q19d
endif
QUESTION 022
-> "Nous avons presque terminé, je vais maintenant vous citer une série d'affirmations générales. "
-> "Pour chacune d'entre-elles, pouvez-vous me dire si vous êtes tout à fait d'accord (4) "
-> "plutôt d'accord (3) plutôt pas d'accord (2) ou pas du tout d'accord (1) "
-> "Q20a En ce qui concerne votre dernière visite chez un médecin généraliste/spécialiste, "
-> "diriez-vous que vous étiez satisfait des soins reçus ?"
www=accord2()
Q20a
if q12=01.or.q13=01
-> "En ce qui concerne votre dernière visite chez un thérapeute pratiquant une médecine alternative,"
-> "diriez-vous que vous étiez satisfait des soins reçus ?"
www=accord2()
Q20b
endif

QUESTION 023

-> "Q21a La dernière fois que vous aviez des questions importantes sur votre état de santé, "

-> "diriez-vous que vous avez compris les réponses données par le médecin généraliste/spécialiste "

-> "à qui vous avez posé vos questions "

www=accord2()

Q21a

if q12=01.or.q13=01

-> "Q21b La dernière fois que vous aviez des questions importantes sur votre état de santé, "

-> "diriez-vous que vous avez compris les réponses données par le thérapeute pratiquant la médecine "

-> "alternative à qui vous avez posé vos questions "

www=accord2()

Q21b

endif

QUESTION 024

-> "Q22a Diriez-vous que vous avez totalement confiance dans le médecin généraliste/spécialiste que vous"

-> "consultez le plus régulièrement ?"

www=accord2()

Q22a

if q12=01.or.q13=01

-> "Q22b Diriez-vous que vous avez totalement confiance dans le thérapeute pratiquant la médecine alternative"

-> "que vous consultez le plus régulièrement ?"

www=accord2()

Q22b

endif

QUESTION 025

"-> "Q23- Encore une dernière question : " (attention - question modifiée en cours enquête)

-> "En ce qui concerne les décisions par rapport à votre santé, diriez-vous que (I SEUL CHOIX):"

01 vous préférez garder le contrôle à 100 % sur les décisions relatives à votre santé

02 vous partagez de manière équitable ces décisions avec votre médecin/thérapeute

03 vous laissez ces décisions dans les mains de votre médecin/thérapeute

q23 Q23a/Q23b/Q23c

QUESTION 026

-> "Nous avons terminé."

-> "Avez-vous des commentaires ?"

comment

comment2

comment3

QUESTION 027

-> "Je vous remercie pour votre participation."

5 CONSULTATIE VAN STAKEHOLDERS (BEROEPSVERENIGINGEN, SCHOLEN EN MUTUALITEITEN) / CONSULTATION DES STAKEHOLDERS

5.1 METHODOLOGIE

5.1.1 Verzamelen van informatie

De informatie rond de stakeholders is verzameld op verschillende manieren:

- verzameling van informatie en contactgegevens op de websites
- afname van semi-gestructureerde interviews bij een vertegenwoordiger
- controle van de data door de stakeholders ahv reeds ingevulde tabel en in een vergadering waar alle stakeholders vertegenwoordigd waren
- verzameling van data in de grijze literatuur (op een niet-systematische wijze)

5.1.2 Protocol van de semi-gestructureerde interviews

Doelstelling

De doelstelling van de interviews was het in kaart brengen van de verschillende stakeholders met hun specifieke karakteristieken (structuur beroepsvereniging, aanbod opleidingen, criteria voor terugbetaling).

Naast de eigen werking van de beroepsvereniging werd er ook gevraagd naar hun (inter)nationale samenwerkingsverbanden (zoals RIZIV, mutualiteiten, Koninklijke Academie van de Geneeskunde, KCE etc.) en de contactgegevens van personen, die uitgenodigd zouden kunnen worden voor de stakeholdersvergaderingen en de expertvergaderingen. Deze interviews hadden ook als doel de verschillende beroepsverenigingen de werkwijze van het KCE uit te leggen.

Organisatie

De semi-gestructureerde interviews vonden plaats met een vertegenwoordiger en werden afgenomen in de moedertaal van de vertegenwoordiger. De interviews werden afgenomen door A. Desomer (Nederlandstalige expert KCE) en J. Piérart (Franstalige expert KCE). De interviews vonden plaats tussen 20 februari en 15 maart 2010.

Thema's van de interviews

In de interviews met de beroepsverenigingen vormden drie hoofdvragen de leidraad voor het interview:

1. De beroepsvereniging
 - Organisatie
 - o Relatie met opleiding
 - o Kwaliteitscontrole
 - o Verschillen in visie op osteopathie
 - o Aantal leden
 - o Verzekering
 - Therapeuten
 - o De tarieven
 - o Profiel van de therapeuten
 - De patiënten
 - o Socio-demografische kenmerken van de patiënten
2. Plaats van de osteopathie/chiropraxie in de gezondheidszorg

3. Effectiviteit van osteopathie/chiropraxie

In de interviews met de mutualiteiten werden de criteria voor terugbetaling overlopen, maar lag de nadruk vooral op het tot stand komen van de terugbetaling (historische schets).

Het in kaart brengen van de verschillende opleidingen en scholen gebeurde aan de hand van een Excel-sheet waarin alle data op een gestructureerde manier kon worden ingevuld. Deze Excel-sheet is door de scholen ingevuld en nadien besproken op een expertenvergadering en tijdens tussentijdse gesprekken.

Data-analyse

Aan de hand van dit interview werd een tabel (Excel-sheet) ingevuld, die nadien verder kon worden aangevuld door de stakeholders zelf.

6 ASPECTS SOCIOLOGIQUES / SOCIOLOGISCHE ASPEKTEN

La collecte du matériau empirique nécessaire à la réalisation de la section sociologique du rapport a été conduite à partir d'un **dispositif d'enquête qualitative par entretiens semi-directifs**. Cette méthode a été choisie en raison de son adéquation avec le type de matériau empirique visé (le récit d'« expériences » et le point de vue de praticiens sur leur profession), ainsi qu'à titre de méthode privilégiée par l'approche dite « compréhensive »¹ adoptée dans cette section.

Les entretiens auprès des usagers (n = 17) et des praticiens (n = 21) ont été structurés selon une grille d'entretien inspirée de la littérature sociologique portant sur l'usage et la pratique des médecines alternatives²⁻⁴.

6.1 QUESTIONNAIRES

Le questionnaire destiné aux usagers couvrait les **six thématiques** suivantes : (1) les circonstances du premier recours ; (2) le recours actuel ; (3) la place de l'ostéopathie/la chiropraxie parmi l'ensemble des recours de santé ; (4) l'usage de l'ostéopathie/chiropraxie par les membres de l'entourage ; (5) l'intérêt de l'utilisateur pour l'ostéopathie/chiropraxie ; (6) les attitudes de l'utilisateur à l'égard de la place de l'ostéopathie/chiropraxie dans le système de santé (le prix, l'accès, etc.).

Le questionnaire destiné aux praticiens couvrait, quant à lui, les thèmes suivants : (1) la formation et le parcours professionnel ; (2) les aspects liés à la pratique (contenu et forme des traitements) ; (3) la clientèle ; (4) le tarif appliqué ; (5) la collaboration avec d'autres professionnels de la santé ; (5) l'investissement du praticien dans l'enseignement et la promotion de sa discipline ; (6) le point de vue du praticien sur la place actuelle de l'ostéopathie dans le système de santé.

Les entretiens ont été réalisés en suivant les étapes suivantes : 1) prise de contact avec le participant (éventuellement après manifestation d'intérêt) ; 2) en cas de réponse favorable, prise de rendez-vous avec le participant ; 3) lors de la rencontre, information préalable du participant des buts de l'enquête et demande de signature du document de protocole de participation à l'enquête ; 4) entretien enregistré sur magnétophone ou bien par prise de notes ; 5) retranscription et anonymisation de l'entretien.

6.2 ANALYSE DES RÉSULTATS

Tous les entretiens ont été retranscrits et analysés à l'aide d'une grille d'analyse thématique et conceptuelle que nous avons soumise successivement à chaque entretien retranscrit, afin de pouvoir comparer entre elles les réponses fournies par les participants. Nous avons, en ce sens, suivi une ligne de conduite conforme à la 'méthode comparative continue' utilisée dans la perspective de la sociologie compréhensive.

Les entretiens ont été analysés de manière structuro-inductive : les deux ou trois premiers entretiens d'une catégorie d'acteurs définie (les usagers recourant à l'ostéopathie, par exemple) ont fait l'objet d'une analyse en profondeur, afin d'en dégager les premières pistes théoriques et analytiques. Les entretiens suivants ont été utilisés de manière à valider, infirmer ou nuancer ensuite la structure hypothético-analytique élaborée progressivement au fil de l'examen et de l'analyse du matériau. Toujours selon une perspective sociologique « compréhensive », nous avons comparé entre elles les réponses obtenues à chacune de nos questions auprès d'une catégorie d'acteurs sociaux définie. Si les réponses à une même question étaient identiques, nous avons considéré cette information comme étant « saturée », et nous l'avons alors intégrée dans la structure narrative et descriptive de la pratique concernée ; par contre, lorsqu'elles divergeaient entre elles, nous avons tenté d'expliquer les divergences par d'autres éléments variant entre les répondants, de manière à pouvoir expliquer la nature de ces variations.

6.3 PROCÉDURE DE RECRUTEMENT

Les usagers comme les praticiens ayant participé à l'enquête ont été contactés selon différentes stratégies de recrutement : par le biais des réseaux sociaux des chercheurs ayant réalisé l'enquête, via leur manifestation d'intérêt et leur candidature lors de l'enquête par questionnaire, via les listes de praticiens diffusées par les associations professionnelles. Un nombre approximativement égal d'usagers et de praticiens ont été interviewés dans les parties francophone et néerlandophone de la Belgique.

Cette étude ne s'inscrivant pas dans une démarche représentative mais bien 'compréhensive', n'importe quel usager ou praticien correspondant aux critères définis au départ pouvait en effet convenir. Nous avons toutefois veillé à interroger des participants présentant des profils sociologiques les plus variés possibles, afin d'identifier d'éventuelles variables explicatives.

Grille d'entretien pour les usagers

1. Les circonstances du premier recours à un ostéopathe/chiropracteur

- 1.1. Vous souvenez-vous de la première fois que vous avez consulté un ostéopathe/chiropracteur ?
- 1.2. Pourriez-vous raconter la consultation, quel souvenir en avez-vous gardé ?
- 1.3. Vous souvenez-vous de sensations particulières durant la consultation ?
- 1.4. Pour quelle(s) raisons aviez-vous consulté cet ostéopathe/chiropracteur ?
- 1.5. Comment avez-vous été mis en contact avec ce praticien ?
- 1.6. Où cela a-t-il eu lieu ? Dans quel pays, quelle ville cela a-t-il eu lieu ?
- 1.7. Après la consultation, avez-vous ressenti des effets particuliers ?
- 1.8. Dans quelle mesure cette première consultation a-t-elle résolu votre problème ?
- 1.9. Cette première consultation a-t-elle changé quelque chose dans vos attitudes et croyances à l'égard des médecines alternatives ?

2. Le recours actuel à l'ostéopathie/chiropraxie

- 2.1. Aujourd'hui, consultez-vous régulièrement un (des) ostéopathe/chiropracteur(s), et selon quelle fréquence ?
- 2.2. S'agit-il du même praticien que le premier consulté ?
- 2.3. La consultation chez cet ostéopathe/chiropracteur se déroule-t-elle toujours de la même manière ?
- 2.4. Comment vous sentez-vous pendant et après la consultation ?
- 2.5. Pour quelles raisons consultez-vous aujourd'hui ?
- 2.6. Où ce praticien est-il situé ?
- 2.7. (S'il s'agit d'un autre praticien que celui de la première fois) Comment avez-vous eu ses coordonnées ?
- 2.8. Qu'appréciez-vous particulièrement lors d'une consultation chez un ostéopathe/chiropracteur ?
- 2.9. Depuis que vous consultez un ostéopathe/chiropracteur, avez-vous changé d'attitude à l'égard de votre santé en général ?

3. La place de l'ostéopathie parmi l'ensemble des recours de santé

- 3.1. Quels autres thérapeutes consultez-vous régulièrement (allopathes/ thérapeutes alternatifs) ?
- 3.2. Faites-vous une distinction entre les motifs pour lesquels vous consultez les uns et les autres ? Pour quelles raisons consultez-vous chacun ?
- 3.3. Selon vous, en quoi le recours à l'ostéopathie/chiropraxie améliore votre état de santé ?
- 3.4. Cherchez-vous à comprendre ce que fait le praticien ?

4. L'usage de l'ostéopathie par les membres de l'entourage

- 4.1. Y a-t-il dans votre entourage/ votre famille d'autres personnes qui consultent également l'ostéopathe/chiropracteur que vous consultez vous-même ?

- 4.2. Emmenez-vous parfois vos enfants (le cas échéant) chez votre ostéopathe/chiropracteur ?
- 4.3. Avez-vous conseillé à quelqu'un de votre entourage de consulter cet ostéopathe/chiropracteur ?

5. L'intérêt pour l'ostéopathie/chiropraxie

- 5.1. Quel intérêt personnel avez-vous pour l'ostéopathie/chiropraxie (lecture d'ouvrages, conférences, web, forums) ?

6. Les attitudes de l'utilisateur à l'égard de la place de la discipline dans le système de santé (le prix, l'accès, etc.)

- 6.1. De quelle forme de remboursement bénéficiez-vous ? Qu'en pensez-vous ?
- 6.2. Selon vous, les consultations chez un ostéopathe/chiropracteur devraient-elles être autrement remboursées qu'elles ne le sont maintenant ?
- 6.3. Que pensez-vous de la situation actuelle de l'ostéopathie/chiropraxie dans le système de santé ?
 - Devrait-il y avoir des ostéopathes/chiropracteurs dans les hôpitaux ?
 - Dans d'autres centres spécialisés ?
 - Devrait-elle toujours être pratiquée par des médecins ?

Grille d'entretien pour les praticiens

1. La formation et le parcours professionnel

- 1.1. Comment en êtes-vous arrivé à pratiquer l'ostéopathie/la chiropraxie ? Quelle formation avez-vous suivie ?*
- 1.2. Comment vous situez-vous par rapport aux différentes 'écoles' ostéopathiques/chiropractiques ?*
- 1.3. À quelle association professionnelle êtes-vous affilié ?*

2. Les aspects liés à la pratique de l'ostéopathie/chiropraxie (contenu et forme des traitements)

- 2.1. Pourriez-vous décrire la manière dont se déroule une consultation ?*
- 2.2. Quels sont les différents actes que vous posez ?*
- 2.3. Y a-t-il des actes que vous ne posez pas, mais que posent d'autres ostéopathes/chiropracteurs ?*

3. La patientèle

- 3.1. Pourriez-vous décrire votre patientèle ?*
- 3.2. De manière générale, comment vos patients arrivent à vous ?*

4. Le tarif appliqué

- 4.1. Combien demandez-vous à vos patients pour une consultation ? Comment établissez-vous ce prix ?*

5. La collaboration avec d'autres professionnels de la santé

- 5.1. Quelles formes de collaboration avez-vous avec d'autres thérapeutes ?*
- 5.2. D'autres praticiens vous envoient-ils des patients ?*
- 5.3. Quelles sont vos relations avec d'autres ostéopathes/chiropracteurs ?*

6. L'investissement du praticien dans l'enseignement et la promotion de l'ostéopathie

- 6.1. Intervenez-vous dans des formations ?*
- 6.2. Avez-vous écrit sur votre pratique ?*
- 6.3. Avez-vous un site internet ?*

7. Le point de vue du praticien sur la place actuelle de l'ostéopathie dans le système de santé

- 7.1. Selon vous, que faudrait-il changer à la place qu'occupe l'ostéopathie/la chiropraxie dans le système de santé ?*
- 7.2. L'ostéopathie/la chiropraxie devrait-elle être remboursée autrement ?*
- 7.3. Quelle formation devrait avoir tout praticien selon vous ?*

Annexes « résultats » / « Resultaten » bijlagen

I WEBSURVEY (PRATIQUE/ PRAKTIJK)

**Tableau 1 : taux de réponse par union professionnelle
Ostéopathes**

	Membres contactés	Réponses	Fréquence	Taux de réponse
ABOC/BAKO	29	11	2,4%	37,9%
ROB	290	128	28,2%	44,1%
SBO/BVO	264	178	39,2%	67,4%
UVO	68	38	8,4%	55,8%
UBO/BUO	84	27	5,9%	32,1%
UKO	170	72	15,9%	42,3%
Total / réponses	905	454	100,0%	50,1%

Interrogés : 452 / Répondants : 452 / Réponses : 454

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Deux répondants sont membres de deux unions professionnelles en même temps.

**Tableau 2 : âge des répondants
Ostéopathes**

	N	Fréquence
<30	65	14,4%
31-39	102	22,6%
40-49	118	26,1%
50-59	121	26,8%
>60	46	10,2%
Total	452	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
<30	13	17,8%
31-39	25	34,2%
40-49	15	20,5%
50-59	13	17,8%
>60	7	9,6%
Total	73	100,0%

**Tableau 3 : sexe des répondants
Ostéopathes**

	N	Fréquence
Homme/man	323	71,6%
Femme/vrouw	128	28,4%
Total	451	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
Homme/man	52	71,2%
Femme/vrouw	21	28,8%
Total	73	100,0%

**Tableau 4 : durée de pratique
Ostéopathes**

	N	Fréquence
--	---	-----------

De 0 à/tot 5 ans	108	28,0%
6 à/tot 10	93	24,1%
11 à/tot 15	64	16,6%
16 à/tot 20	52	13,5%
>20	69	17,9%
Total	386	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
De 0 à 5	12	16,9%
6 à 10	21	29,6%
11 à 15	9	12,7%
16 à 20	10	14,1%
>20	19	26,8%
Total	71	100,0%

Tableau 5 : lieux de pratique par région
Ostéopathes

	N	Fréquence
Vlaanderen	269	57,6%
Bruxelles/Brussel	63	13,5%
Wallonie	135	28,9%
Total / réponses	467	100,0%

Interrogés : 452 / Répondants : 444 / Réponses : 467

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Chiropracteurs

	N	Fréquence
Vlaanderen	61	79,2%
Bruxelles/Brussel	7	9,1%
Wallonie	9	11,7%
Total / réponses	77	100,0%

Interrogés : 73 / Répondants : 73 / Réponses : 77

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Tableau 6 : multiplicité des lieux de pratique
Ostéopathes

	N	Fréquence
Pratiquent dans une seule province	394	88,7%
Pratiquent dans 2 provinces ou +	50	11,3%
Total	444	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
Pratiquent dans une seule province	55	75,3%
Pratiquent dans deux provinces ou +	18	24,7%
Total	73	100,0%

**Tableau 7a : pratique à temps plein ou à temps partiel
Ostéopathes**

	N	Fréquence
<50%	48	10,9%
50% à/tot <100%	63	14,4%
100%	328	74,7%
Total	439	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
50% à/tot <100%	3	4,2%
100%	69	95,8%
Total	72	100,0%

**Tableau 7b : activités exercées dans le domaine de la pratique
Chiropracteurs**

	N	Fréquence
thérapie	59	80,8%
thérapie+enseignement et/ou recherche	11	15,1%
thérapie+autre	3	4,1%
Total	73	100,0%

**Tableau 8 : activités exercées hors du domaine de la pratique
Ostéopathes**

	N	Fréquence
ostéo only	322	73,5%
ostéo+other medals	47	10,7%
ostéo+kiné+other medals	38	8,7%
ostéo+kiné only	29	6,6%
ostéo+GP	2	0,5%
Total	438	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
chiro only	58	82,9%
chiro + other medals	6	8,6%
chiro+kine only	5	7,1%
chiro+kiné+other medals	1	1,4%
Total	70	100,0%

**Tableau 9 : pratique en solo ou en cabinet groupé
Ostéopathes**

	N	Fréquence
solo	257	57,9%
cabinet groupé	132	29,7%
solo/cabinet groupé	55	12,4%
Total	444	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
solo	33	45,8%
cabinet groupé	33	45,8%
solo/cabinet groupé	6	8,3%
Total	72	100,0%

Tableau 10 : les collègues des cabinets groupés
Ostéopathes

a

	N	Fréquence
ostéopathes	144	76,6%
kinésithérapeutes	110	58,5%
psychologues	49	26,1%
médecins	31	16,5%
diététiciens	34	18,1%
logopèdes	18	9,6%
autres types de thérapeutes alternatifs	11	5,9%
accupuncteurs	8	4,3%
podologues	8	4,3%
dentistes	5	2,7%
homeopathes	4	2,1%
infirmières	4	2,1%
pédicures	3	1,6%
chiropracteurs	1	0,5%
Total / répondants	188	

Interrogés : 452 / Répondants : 188 / Réponses : 430

Pourcentages calculés sur la base des répondants

b : détail des combinaisons de collègues de l'ostéopathe exerçant en cabinet groupé

	N	Fréquence
+ostéo	53	28,2%
+ostéo+kiné	35	18,6%
+ostéo+kiné+autres	33	17,6%
+ostéo+autres	23	12,2%
+kiné	22	11,7%
+kiné+autres	20	10,6%
+autres	2	1,1%
Total	188	100,0%

Les « autres » sont tous les collègues de cabinets groupés qui ne sont ni ostéopathe ni kinésithérapeute. Ils sont repris dans le tableau a ci-dessus.

Chiropracteurs

a

	N	Fréquence
collègue(s) chiropracteur(s)	36	87,8%
médecin(s)	5	12,2%
autre	5	12,2%
kinesithérapeute(s)	4	9,8%
diététicien	2	4,9%
psychologue(s)	1	2,4%
Total / répondants	41	

Interrogés : 73 / Répondants : 41 / Réponses : 53

Pourcentages calculés sur la base des répondants

b : détail des combinaisons de collègues du chiropracteur exerçant en cabinet groupé

	N	Fréquence
+chiro/	30	73,2%
+chiro/médecin/	2	4,9%
+chiro/kiné/	1	2,4%
+chiro/psycho/diététicien/autre/	1	2,4%
+chiro/diététicien/autre/	1	2,4%
+chiro/autre/	1	2,4%
+médecin/	1	2,4%
+médecin/kiné/	1	2,4%
+médecin/kiné/autre/	1	2,4%
+kiné/	1	2,4%
+autre/	1	2,4%
Total	41	100,0%

**Tableau 11 : âge des patientèles principales
Ostéopathes**

	N	Fréquence
adultes only (20+)	303	69,7%
bébés et adultes	71	16,3%
bébés, enfants et adultes	17	3,9%
enfants et adultes	16	3,7%
bébés only (<6m)	7	1,6%
bébés et enfants	7	1,6%
bébés, ados et adultes	5	1,1%
ados et adultes	5	1,1%
enfants, ados et adultes	4	0,9%
Total	435	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
adultes only (20+)	69	97,2%
bébés et adultes	1	1,4%
ados et adultes	1	1,4%
Total	71	100,0%

**Tableau 12 : âge des patientèles principales selon le sexe du praticien
Ostéopathes**

	Homme/man		Femme/vrouw		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
adultes only (20+)	238	76,0	64	52,9	302	69,6
Bébés (<6mois) parmi les principales patientèles	60	19,2	47	38,8	107	24,7
Enfants (=>6 mois à <10 ans) et adultes	10	3,2	6	5,0	16	3,7
enfants, ados (=>10 à 19 ans) et adultes	3	1,0	1	0,8	4	0,9
ados et adultes	2	0,6	3	2,5	5	1,2
Total	313	100,0	121	100,0	434	100,0

Khi2=21,9 ddl=4 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 5)

**Tableau 13 : sexe de la patientèle principale
Ostéopathes**

	N	Fréquence
féminine	129	29,0%
un équilibre des deux	316	71,0%
Total	445	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
féminine	7	9,7%
un équilibre des deux	65	90,3%
Total	72	100,0%

Tableau 14 : identités de ceux qui réfèrent le patient (classées par ordre de fréquence par le répondant)

Ostéopathes

a)En premier lieu

	N (Rang 1)	Fréquence
Non réponse	9	
référé par un médecin/doorverwezen door een arts	33	7,4%
référé par un autre thérapeute conventionnel/doorverwezen door een andere conven	17	3,8%
référé par un thérapeute non-conventionnel/doorverwezen door een niet-convention	8	1,8%
référé par une connaissance/doorverwezen door een kennis	326	73,5%
ne sait pas/ik weet het niet	25	5,6%
autre/andere	34	7,6%
Total/ réponses	443	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

b)En deuxième lieu

	N (Rang 2)	Fréquence
Non réponse	15	
référé par un médecin/doorverwezen door een arts	159	36,3%
référé par un autre thérapeute conventionnel/doorverwezen door een andere conven	63	14,4%
référé par un thérapeute non-conventionnel/doorverwezen door een niet-convention	64	14,6%
référé par une connaissance/doorverwezen door een kennis	45	10,2%
ne sait pas/ik weet het niet	50	11,4%
autre/andere	56	12,8%
Total/ réponses	437	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Chiropracteurs

a)En premier lieu

	N (Rang 1)	Fréquence
Non réponse	1	
référé par un médecin/doorverwezen door een arts	4	5,5%
par un autre thérapeute conventionnel/door een andere conventionele therapeut	1	1,3%
par un thérapeute non-conventionnel/door een niet-conventionele therapeut	1	1,3%
par une connaissance/door een kennis	58	80,5%
ne sais pas/ik weet het niet	3	4,1%
autre/andere	5	6,9%
Total/ réponses	72	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

b)En deuxième lieu

	N (Rang 2)	Fréquence
Non réponse	1	
référé par un médecin/doorverwezen door een arts	30	41,6%
par un autre thérapeute conventionnel/door een andere conventionele therapeut	5	6,9%
par un thérapeute non-conventionnel/door een niet-conventionele therapeut	11	15,2%
par une connaissance/door een kennis	4	5,5%
ne sais pas/ik weet het niet	10	13,8%
autre/andere	12	16,6%
Total/ réponses	72	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Tableau 15 : raisons médicales de consultation (classées par ordre de fréquence par le répondant)

Ostéopathes**En premier lieu**

	N (Rang 1)	Fréquence
tête/hoofd	27	6,1%
nuque/nek	72	16,4%
épaule/schouldergewricht	3	0,6%
membres supérieurs/bovenste lidmaat	3	0,6%
coude/elleboog	1	0,2%
poignet ou main/pols of hand	1	0,2%
thorax	7	1,5%
vertèbres thoraciques/thoracale wervels	11	2,5%
abdomen	12	2,7%
lombaires/lumbale regio	251	57,1%
pelvis	20	4,5%
hanche/heup	2	0,4%
membres inférieurs/onderste lidmaat	2	0,4%
genou/knie	0	
cheville ou pied/enkel of voet	3	0,6%
autre/andere	24	5,4%
Total/ réponses	439	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

En deuxième lieu

	N (Rang 2)	Fréquence
tête/hoofd	32	7,3%
nuque/nek	195	44,8%
épaule/schouldergewricht	8	1,8%
membres supérieurs/bovenste lidmaat	2	0,4%
coude/elleboog	0	
poignet ou main/pols of hand	1	0,2%
thorax	7	1,6%
vertèbres thoraciques/thoracale wervels	22	5,0%
abdomen	21	4,8%
lombaires/lumbale regio	82	18,8%
pelvis	49	11,2%
hanche/heup	3	0,6%
membres inférieurs/onderste lidmaat	8	1,8%
genou/knie	1	0,2%
cheville ou pied/enkel of voet	0	
autre/andere	4	0,9%
Total/ réponses	435	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Chiropracteurs En premier lieu

	N (Rang 1)	Fréquence
tête/hoofd	2	2,7%
nuque/nek	7	9,7%
épaule/schoudergewricht	1	1,3%
membres supérieurs/bovenste lidmaat	0	
coude/elleboog	0	
poignet ou main/pols of hand	0	
thorax	0	
vertèbres thoraciques/thoracale wervels	0	
abdomen	0	
lombaires/lumbale regio	52	72,2%
pelvis	10	13,8%
hanche/heup	0	
membres inférieurs/onderste lidmaat	0	
genou/knie	0	
cheville ou pied/enkel of voet	0	
autre/andere	0	
Total/ réponses	72	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

En deuxième lieu

	N (Rang 2)	Fréquence
tête/hoofd	0	
nuque/nek	31	43,0%
épaule/schoudergewricht	2	2,7%
membres supérieurs/bovenste lidmaat	0	
coude/elleboog	0	
poignet ou main/pols of hand	0	
thorax	0	
vertèbres thoraciques/thoracale wervels	1	1,3%
abdomen	0	
lombaires/lumbale regio	11	15,2%
pelvis	27	37,5%
hanche/heup	0	
membres inférieurs/onderste lidmaat	0	
genou/knie	0	
cheville ou pied/enkel of voet	0	
autre/andere	0	
Total/ réponses	72	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Tableau 16 : Délai d'attente minimum avant la consultation Ostéopathes

	N	Fréquence
Au plus tôt dès le lendemain	203	46,8%
Au plus tôt dans 1 semaine	144	33,2%
Au plus tôt le jour même	47	10,8%
ça dépend	16	3,7%
Au plus tôt dans 1 mois	15	3,5%
max 1 sem	8	1,8%
max 1 jour	4	0,9%
max 2 jours	3	0,7%
max 3 jours	2	0,5%
max quelques jours	2	0,5%
Total / répondants	434	

Interrogés : 452 / Répondants : 434 / Réponses : 444

Pourcentages calculés sur la base des répondants

Chiropracteurs

	N	Fréquence
Au plus tôt dès le lendemain	40	57,1%
Au plus tôt le jour même	17	24,3%
Au plus tôt dans 1 semaine	9	12,9%
Ca dépend	1	1,4%
max 1 jour	1	1,4%
max 3 jours	1	1,4%
max 2 jours	1	1,4%
Total	70	100,0%

**Tableau 17 : techniques utilisées souvent ou très souvent
Ostéopathes**

	n	N	Fréquence
Soft tissue technique	334	419	79,7%
Visceral	331	425	77,9%
Cranial	335	436	76,8%
Articulatory techniques	288	405	71,1%
HVLA	258	407	63,4%
Myofascial release techniques	244	394	61,9%
Functional method	209	353	59,2%
MET	199	374	53,2%
FPR	178	365	48,8%
Counterstrain	138	352	39,2%
Triggerpoints	108	328	32,9%
Lymphatic pump	70	312	22,4%
Chapman's reflexes	39	238	16,4%

Interrogés : 452 / Répondants : 441 / Réponses : 2731

Pourcentages calculés sur la base des répondants

Chiropracteurs

	n	N	Fréquence
HVLA	72	73	99%
Peripheral Manipulations	58	73	79%
Counseling	52	69	75%
Triggerpoints	50	73	68%
Exercises	42	72	58%
Manip activator	29	69	42%
Manip Pelvic block	28	70	40%
Mobilization	26	69	38%
Coxflexion	21	66	32%
Crossfriction	18	68	26%
Applied kinesiology	15	68	22%
PNF stretching	13	69	19%
Nutritional supplementation	11	69	16%
Isometric/isotonic contractions	10	69	14%
Dry needling	2	64	3%

Interrogés : 73 / Répondants : 73 / Réponses : 447

Pourcentages calculés sur la base des répondants

**Tableau 18 : fréquence du recours aux techniques selon le sexe du praticien
Ostéopathes
a : HVLA**

	Rarement ou jamais	parfois	Souvent ou très souvent	Total
Homme/man	52 (16,5%)	62(19,7%)	201(63,8%)	315(100%)
Femme/vrouw	33 (26,2%)	37(29,4%)	56(44,4%)	126(100%)
Total	85(19,3%)	99(22,4%)	257(58,3%)	441(100%)

Khi2=13,9 ddl=2 p=0,001 (Très significatif)

b : techniques crânielles

	Rarement ou jamais	parfois	Souvent ou très souvent	Total
Homme/man	35 (11,4%)	55 (17,9%)	218 (70,8%)	308 (100%)
Femme/vrouw	2 (1,6%)	9 (7,1%)	116 (91,3%)	127 (100%)
Total	37 (8,5%)	64 (14,7%)	334 (76,8%)	435 (100%)

Khi2=22,2 ddl=2 p=0,001 (Très significatif)

c : techniques viscérales

	Rarement ou jamais	parfois	Souvent ou très souvent	Total
Homme/man	25 (8,1%)	64 (20,8%)	218 (71,0%)	307 (100%)
Femme/vrouw	3 (2,4%)	10 (8,0%)	112 (89,6%)	125 (100%)
Total	28 (6,5%)	74 (17,1%)	330 (76,4%)	432 (100%)

Khi2=17,1 ddl=2 p=0,001 (Très significatif)

**Tableau 19 : coût d'une consultation initiale et de suivi
Ostéopathes
Coût d'une consultation initiale**

	N	Fréquence
<35 euros	20	4,4%
35-50 euros	347	77,1%
>50 euros	83	18,4%
Total	450	100,0%

Coût d'une consultation de suivi

	N	Fréquence
<35 euros	33	7,3%
35-50 euros	347	77,3%
>50 euros	69	15,4%
Total	449	100,0%

Chiropracteurs

Coût d'une consultation initiale

	N	Fréquence
<35 euros	4	5,6%
35-50 euros	57	79,2%
>50 euros	11	15,3%
Total	72	100,0%

Coût d'une consultation de suivi

	N	Fréquence
<35 euros	22	30,6%
35-50 euros	50	69,4%
Total	72	100,0%

**Tableau 20 : nombre de patients vus par jour
Ostéopathes**

	N	Fréquence
<5	71	16,0%
6-10	198	44,5%
>10	176	39,6%
Total	445	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
<5	5	6,9%
6-10	14	19,4%
>10	53	73,6%
Total	72	100,0%

**Tableau 21 : durée d'une consultation initiale et de suivi
Ostéopathes**

a : consultation initiale

	N	Fréquence
<30min	6	1,3%
30min-1h/u	369	82,9%
1h/u-1:30h/u	70	15,7%
Total	445	100,0%

b : consultation de suivi

	N	Fréquence
<30min	28	6,3%
30min-1h/u	401	89,9%
1h/u-1:30h/u	17	3,8%
Total	446	100,0%

Chiropracteurs

a : consultation initiale

	N	Fréquence
<30min	14	19,2%
30min-1h/u	58	79,5%
1h/u-1:30h/u	1	1,4%
Total	73	100,0%

b : consultation de suivi

	N	Fréquence
<10min	2	2,7%
10-20min	49	67,1%
20-30min	20	27,4%
30min-1h/u	2	2,7%
Total	73	100,0%

**Tableau 22 : nombre de consultation par patient par an
Ostéopathes**

	N	Fréquence
1 à/tot 5	388	88,0%
plus de/meer dan 5	53	12,0%
Total	441	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
1 à/tot 3	6	8,6%
4 à/tot 6	42	60,0%
7 à/tot 10	16	22,9%
plus de/meer dan 10	6	8,6%
Total	70	100,0%

Tableau 23 : nombre d'heures de travail par jour
Ostéopathes

	N	Fréquence
<5h/u	102	22,8%
entre/tussen 5-8h/u	191	42,6%
plus de/meer dan 8h/u	155	34,6%
Total	448	100,0%

Chiropracteurs

	N	Fréquence
<5h/u	8	11,0%
entre/tussen 5-8h/u	45	61,6%
plus de/meer dan 8h/u	20	27,4%
Total	73	100,0%

Tableau 24 : sexe de la patientèle principale selon le sexe du praticien
Ostéopathes

	Patientèle féminine		un équilibre des deux		Total	
	N.	%L	N.	%L	N.	%L
Homme/man	85	26,9	231	73,1	316	100,0
Femme/vrouw	44	34,4	84	65,6	128	100,0
Total	129	29,1	315	70,9	444	100,0

Khi2=2,11 ddl=1 p=0,142 (Peu significatif)

Tableau 25 : plaintes de patients à l'origine des consultations (classées par ordre de fréquence par le répondant)
Ostéopathes
En premier lieu

	N (Rang I)	Fréquence
sciaticque/ischias	52	12,2%
lumbago	229	54,0%
maux de tête/hoofdpijn ou/of migraine	21	4,9%
suites d'accouchement/na een bevallen	3	0,7%
reflux gastro-oesophagien/reflux	19	4,4%
bébés grincheux/huilbabies	15	3,5%
otites à répétition/chronische otitis	1	0,2%
torticolis congénitaux/aangeboren torticolis	3	0,7%
fibromyalgie	3	0,7%
syndrome de fatigue chronique/CVS	0	
plaintes aspécifiques/aspecifieke klachten	8	1,8%
affections liées au stress/stressgebonden aandoeningen	36	8,4%
troubles de la digestion/spijverteringstoornissen	9	2,1%
plaintes psycho-somatiques/psycho-somatische klachten	11	2,5%
autre/andere	14	3,3%
Total/ réponses	424	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

En deuxième lieu

	N (Rang 2)	Fréquence
sciatique/ischias	118	28,0%
lumbago	59	14,0%
maux de tête/hoofdpijn ou/of migraine	74	17,6%
suites d'accouchement/na een bevallen	4	0,9%
reflux gastro-oesophagien/reflux	30	7,1%
bébés grincheux/huilbabies	17	4,0%
otites à répétition/chronische otitis	3	0,7%
torticolis congénitaux/aangeboren torticolis	10	2,3%
fibromyalgie	3	0,7%
syndrome de fatigue chronique/ CVS	5	1,1%
plaintes aspécifiques/aspecifieke klachten	15	3,5%
affections liées au stress/stressgebonden aandoeningen	35	8,3%
troubles de la digestion/spijverteringstoornissen	26	6,1%
plaintes psycho-somatiques/psycho-somatische klachten	14	3,3%
autre/andere	7	1,6%
Total/ réponses	420	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Chiropracteurs
En premier lieu

	N (Rang 1)	Fréquence
sciatique (mal de dos avec irradiation)/ischias (lage rugpijn met uitstraling)	17	23,9%
lumbago (mal de dos sans irradiation/lage rugpijn zonder uitstraling)	45	63,3%
mal de nuque (avec irradiation)/nekpijn (met uitstraling)	3	4,2%
mal de nuque (sans irradiation)/nekpijn (zonder uitstraling)	2	2,8%
maux de tête/hoofdpijn ou/of migraine	2	2,8%
suites d'accouchement/na een bevalling	0	
reflux gastro-oesophagien/reflux	0	
bébés grincheux/huilbabies	0	
otites à répétition/chronische otitis	0	
torticolis congénitaux/aangeboren torticolis	0	
torticolis lié à l'accouchement/bevallingsgerelateerde torticolis	0	
fibromyalgie	0	
syndrome de fatigue chronique/ CVS	0	
plaintes aspécifiques/aspecifieke klachten	0	
affections liées au stress/stressgebonden aandoeningen	1	1,4%
troubles de la digestion/spijverteringstoornissen	0	
plaintes psycho-somatiques/psycho-somatische klachten	0	
autre/andere	1	1,4%
Total/ réponses	71	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

En deuxième lieu

	N (Rang 2)	Fréquence
sciatique (mal de dos avec irradiation)/ischias (lage rugpijn met uitstraling)	25	35,7%
lumbago (mal de dos sans irradiation)/lage rugpijn zonder uitstraling)	14	20,0%
mal de nuque (avec irradiation)/nekpijn (met uitstraling)	12	17,1%
mal de nuque (sans irradiation)/nekpijn (zonder uitstraling)	18	25,7%
maux de tête/hoofdpijn ou/of migraine	1	1,4%
suites d'accouchement/na een bevalling	0	
reflux gastro-oesophagien/reflux	0	
bébés grincheux/huilbabies	0	
otites à répétition/chronische otitis	0	
torticolis congénitaux/aangeboren torticolis	0	
torticolis lié à l'accouchement/bevallingsgerelateerde torticolis	0	
fibromyalgie	0	
syndrome de fatigue chronique/ CVS	0	
plaintes aspécifiques/aspecifieke klachten	0	
affections liées au stress/stressgebonden aandoeningen	0	
troubles de la digestion/spijverteringstoornissen	0	
plaintes psycho-somatiques/psycho-somatische klachten	0	
autre/andere	0	
Total/ réponses	70	

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Tableau 26 : plaintes de patients à l'origine des consultations (uniquement celles citées en premier lieu) selon le sexe de la patientèle principale. Ostéopathes

	féminine/vro uwelijk		un équilibre des deux/gelijk evenwicht tussen beiden		Total	
	N.	%C	N.	%C	N.	%C
sciatique/ischias	13	10,7	39	13,1	52	12,4
lumbago	65	53,3	163	54,7	228	54,3
maux de tête/hoofdpijn ou/of migraine	4	3,3	15	5,0	19	4,5
suites d'accouchement/na een bevallen			3	1,0	3	0,7
reflux gastro-oesophagien/reflux	6	4,9	12	4,0	18	4,3
bébés grincheux/huilbabies	3	2,5	12	4,0	15	3,6
otites à répétition/chronische otitis			1	0,3	1	0,2
torticolis congénitaux/aangeboren torticolis	2	1,6	1	0,3	3	0,7
fibromyalgie			3	1,0	3	0,7
syndrome de fatigue chronique/ CVS						
plaintes aspécifiques/aspecifieke klachten			8	2,7	8	1,9
affections liées au stress/stressgebonden aandoeningen	16	13,1	20	6,7	36	8,6
troubles de la digestion/spijverteringstoornissen	2	1,6	7	2,3	9	2,1
plaintes psycho-somatiques/psycho-somatische klachten	6	4,9	5	1,7	11	2,6
autre/andere	5	4,1	9	3,0	14	3,3
Total	122	100,0	298	100,0	420	100,0

Khi²=12,5 ddl=14 p=0,567 (Val. théoriques < 5 = 15)

2 **TABLEAUX D'ÉVIDENCE / EVIDENTIE TABELLEN**

Low back pain

Assendelft et al. Spinal manipulative therapy for low back pain. 2004⁵

Acute and chronic low back pain intervention manipulation or mobilisation

Bonfort et al. Evidence-informed management of chronic low back pain with spinal manipulation and mobilization 2008⁶

chronic and subacute low back pain manipulation and mobilisation

	outcome	comparison intervention	Relative effect (95 % CI)	n studies	Studies	comments
Acute	100-mm VAS scale for pain (assuming a standard deviation of 25) short term	Sham	10 (2-17)	1	Glover et al. 1974 (6;3;3)	list of studies where the estimations are based on, not per contrast
		conventional GP care	3 (-2-8)	3	Doran and Newell 1975 (4;2;2)	
		Physical therapy and exercise	1 (-3-5)	6	Bergquist-Ullman and Larsson 1977 (3;2;2)	
		Traction, corset, bed rest, home care, topical gel	4 (1-8)	10	Evans et al. 1978 (5;2;2)	
		Back school	2 (-5-8)	2	Sims-Williams et al. 1978 (5;1;1)	
	100-mm VAS scale for pain (assuming a standard deviation of 25) long term	Sham	(-)	0	Rasmussen 1979 (4;2;2)	n studies reported per contrast
		conventional GP care	-2 (-9-5)	2	Sims-Williams et al. 1979 (5;1;1)	
		Physical therapy and exercise	-1 (-1-5)	3	Coxhead et al. 1981 (5;3;3)	
		Traction, corset, bed rest, home care, topical gel	-1 (-1-5)	4	Hoehler et al. 1981 (3;1;3)	
		Back school	-3 (-3-10)	1	Zylbergold and Piper 1981 (3;1;1)	
	Roland Disability Questionnaire (RDQ) for function (assuming a standard deviation of 6) short term	Sham	2,8 (-0,1-5,6)	2	Farrell and Twomey 1982 (5;2;2)	Quality scores between brackets are given in this order: Cochrane Back Review Group (ratings, 0–10); Jadad (ratings, 0–5); “modified” Jadad (ratings, 0–5).
		conventional GP care	1,3 (-1-3,6)	3	Godfrey et al. 1984 (5;2;2)	
		Physical therapy and exercise	1,4 (-0,5-3,2)	6	Gibson et al. 1985 (6;2;2)	
		Traction, corset, bed rest, home care, topical gel	2,1 (-0,2-4,4)	2	Waterworth and Hunter 1985 (4;2;2)	
		Back school	(-)	0	Waagen et al. 1986 (5;2;4)	
	Roland Disability Questionnaire (RDQ) for function (assuming a standard deviation of 6) long term	Sham	(-)	0	Hadler et al. 1987 (6;2;3)	author conclusions: There is no evidence that spinal manipulative therapy is superior to other standard treatments for patients with acute or chronic low back pain.
		conventional GP care	3,6 (-1,9-9,2)	3	Mathews et al. 1987 (6;2;2)	
		Physical therapy and exercise	-1,5 (-6,9-3,8)	3	Ongley et al. 1987 (7;3;4)	
		Traction, corset, bed rest, home care, topical gel	4,6 (-2,1-11,2)	1	Postacchini et al. 1988 (3; 2; 2)	
		Back school	(-)	0	Kinalsaki et al. 1989 (1;1;1)	
Chronic	100-mm VAS scale for pain (assuming a standard deviation of 25) short term	Sham	10 (3-17)	3	Bronfort 1989 (4;2;2)	author conclusions: There is no evidence that spinal manipulative therapy is superior to other standard treatments for patients with acute or chronic low back pain.
		conventional GP care	3 (-2-7)	4	MacDonald and Bell 1990 (5;1;1)	
		Physical therapy and exercise	1 (-3-7)	2	Herzog et al. 1991 (3;2;2)	
		Traction, corset, bed rest, home care, topical gel	4 (0-8)	7	Koes et al. 1992 (8; 3; 3)	
		Back school	2 (-5-8)	3	Wreje et al. 1992 (3;2;2)	
	100-mm VAS scale for pain (assuming a standard deviation of 25) long term	Sham	19 (3-35)	1	Cramer et al. 1993 (4;1;1)	
		conventional GP care	0 (-6-7)	4	Delitto et al. 1993 (3;2;2)	
		Physical therapy and exercise	1 (-5-7)	4	Blomberg et al. 1994 (7;2;2)	
		Traction, corset, bed rest, home care, topical gel	1 (-5-7)	4	Erhard et al. 1994 (3;3;3)	
		Back school	1 (-13-12)	1	Timm 1994 (3;2;2)	
	Roland Disability Questionnaire (RDQ) for function (assuming a standard deviation of 6) short term	Sham	3,3 (0,6-6)	2	Triano et al. 1995 (5;3;4)	
		conventional GP care	1,8 (-0,4-4,1)	3	Bronfort et al. 1996 (7;2;2)	
		Physical therapy and exercise	1,9 (-0,3-4,1)	2	Hemmila et al. 1997 (6;3;3)	
		Traction, corset, bed rest, home care, topical gel	2,6 (0,5-4,8)	4	Skargren et al. 1997 (3;2;2)	
		Back school	-0,9 (-4,9-3)	2	Cherkin et al. 1998 (5;1;1)	
	Roland Disability Questionnaire (RDQ) for function (assuming a standard deviation of 6) long term	Sham	3,9 (-7,6-15,4)	1	Andersson et al. 1999 (7;3;3)	
		conventional GP care	0,8 (-4,6-6,1)	3		
		Physical therapy and exercise	-4,4 (-4,4-0,9)	3		
		Traction, corset, bed rest, home care, topical gel	1,7 (1,7-7,2)	3		
		Back school				

	intervention	relative effect per outcome	sample size	based on studies (quality score)	comments	authors conclusions
chronic (1)	G1: SMT-DC & strength exercise (n treatments 20) G2: NSAID & strength exercise (n treatments 20)	Pain G2 vs. G1: 5 wk: 02 3 mo: 08 1 y: 08 [adjusted differences] Disability:	71 52 51	Bronfort 1996 (81)	MD medical doctor; DO osteopathic doctor PT physiotherapist; DC chiropractor;	Moderate evidence that SMT with strengthening exercise is similar in effect to prescription nonsteroidal anti-inflammatory drugs
	G3: SMT-DC & stretch exercise (n treatments 20) cannot isolate effect of SMT with G3)(n treatments) G1: SMT-DO, (n treatments 6–18) G2: Chemonucleolysis (n treatments m = 11)	G2 vs. G1: 5 wk: 02 3 mo: 06 [adjusted differences] Pain: G2 vs. G1: 2 wk: 11* 6 wk: 13* 1 y: 09 Disability: G2 vs. G1: 2 wk: 15* 6 wk: 13 1 y: 06	20 20	Burton 2000 (38)	MT manual therapist; d day; wk week; mo month; y year; G1 Group 1; G2 Group 2; SMTspinal manipulative	with exercise in both the short term and long term. Moderate evidencethat flexion-distraction MOB is superior to exercise in the short term and superior/similar in the long term. There is moderate evidence that a regimen of high-dose SMT is superior to low-dose SMT in the very short term. Limited to moderate evidence that SMT is better than physical therapy and home exercise in both the short and long term. Limited evidence that SMT is as good or better than chemonucleolysis for disc herniation in the short and long term. Limited evidence that MOB is inferior to back exercise after disc herniation surgery.
	G1: SMT-MD (n treatments 3) G2: Analgesics (n treatments 3)	Pain improvement: G2 vs. G1: 3 wk: 07 Improvement (difference in % of patients rating treatment effective/highly effective): G2 vs. G1: 3 wk: 42*	17 15	Evans 1978 (19)	therapy; MOB spinal mobilization; ed education; Gp general practice; ? *p<.05 for unadjusted pair-wise	
	G1: SMT-DC (n treatments 6) G2: Acupuncture (n treatments 6) G3: Medication (n treatments)	Pain improvement: G2 vs. G1: 4 wk: 33 [median scores] Disability improvement: G2 vs. G1: 4 wk: 09 [median scores] G3 vs. G1: 4 wk: 09	32 18 19	Giles 1999 ()	Score based on Van Tulder using 8 criteria: 1 Similarity of baseline characteristics or adjusted effects reported 2 Concealment of treatment allocation 3 Blinding of patients 4 Blinding of provider/attention bias 5 Blinding of assessor/unbiased outcome assessment 6 Dropouts reported and accounted for in the analysis 7 Missing data reported and accounted for in the analysis 8 Intention-to-treat analysis/balanced cointervention	
	G1: SMT-DC (n treatments 18) G2: Acupuncture (n treatments 18) G3: NSAID (n treatments 18)	Pain: G2 vs. G1: 9 wk: 10 1 y: 02 G3 vs. G1: 9 wk: 20 1 y: 02 [difference between medians] Disability: G2 vs. G1: 9 wk: 24 1 y: -06 G3 vs. G1: 9 wk: 36 1 y: 16 [difference between medians]	35 34 40	Giles/Muller 2003/2005 (31&38)		
	G1: MOB flexion-distraction, US, cold (n treatments 12) G2: exercise, US, cold (n treatments 12)	Pain improvement G2 vs. G1: 1 mo: 8* 3 mo: 4 6 mo 9* 12 mo 5 Disability improvement G2 vs. G1: 1 mo: 2 3 mo: -1 6 mo 2 12 mo 1	112	Gudavalli/Cambron 2005/2006 (69)		
	Factorial design: 4 visit × 2 intervention.(n treatments 3) G1: 1 visit/wk & SMT or SMT + PM (n treatments 6) G2: 2 visit/wk & SMT or SMT + PM (n treatments 9) G3: 3 visit/wk & SMT or SMT + PM (n treatments 12) G4: 4 visit/wk & SMT or SMT + PM (n treatments)	Pain Adjusted effect of 1 visit/wk increment: 4 wk: 06* Disability Adjusted effect of 1 visit/wk increment: 4 wk: 05* 12 wk: 0 ,	18 18 18 18	Haas 2004 (69)		

Continued

	intervention	relative effect per outcome	sample size	based on studies (quality score)	comments	authors conclusions
chronic (2)	G1: SMT/MOB-PT (n treatments 14) G2: Massage, ex, heat, PT (n treatments 6) G3: MD: Analgesic/anti-inflam, rest,(n treatments —) ex, posture (n treatments ?) G4: Detuned PT modalities (n treatments)	Main complaint improvement: G2 vs. G1: 6 wk: 04 12 wk: 05 12 mo: 13* G3 vs. G1: 6 wk: 14* 12 wk: -03 G4 vs. G1: 6 wk: 14* 12 wk: 07 Physical function improvement: G2 vs. G1: 6 wk: 05 12 wk: 09 12 mo: 07 G3 vs. G1: 6 wk: 10 12 wk: -01 G4 vs. G1: 6 wk: 16* 12 wk: 10	36 36 32 40	Koes 1992 (50)	didn't report confidence intervals, reported significant differences with an asteriks.	
	G1: SMT-DC? (n treatments 11–17) G2: Drugs (n treatments 10–15) G3: Massage + diatherm (n treatments) G4: Bed rest (n treatments) G5: Back school (n treatments) G6: Placebo ointment (n treatments)	Global improvement (pain, disability, finger-floor distance, and SLR): G2 vs. G1: 3 wk: -03 2 mo: -04 6 mo: 00 G3 vs. G1: 3 wk: -06 2 mo: -06 6 mo: -07 G5 vs. G1 3 wk: 07 2 mo: -03 6 mo: -13 G6 vs. G1: 3 wk: 3 wk: 09 2 mo: 08 6 mo: 12 [Statistical significance for most contrasts is indeterminate]	87 81 78 29 50 72	Postacchini 1988 (6)	all outcomes normalised to 0 - 100 scale	
	G1: MOB-PT (n treatments 6) G2: Stabilizing exercises (n treatments 6)	Pain improvement: G2 vs. G1: 6w: -05 3 mo: -09 12 mo: -06 [difference between median improvement] Disability improvement G2 vs. G1: 6 wk: -7 3 mo: -1 12 mo: -6 [difference between median improvement]	23 24	Rasmussen-Barr 2003 (38)		
	G1: MOB-bonesetter (n treatments 5) G2: massage & exercise (n treatments 5)	Pain G2 vs. G1: 5 wk 05 Disability G2 vs. G1: 5 wk 05	35 35	Ritvanen 2007 (44)		
	G1: MOB-PT (n treatments 24) G2: Hot packs, TENS, u-sound (n treatments 24) G3: Low-tech exercise (n treatments 24) G4: High-tech exercise (n treatments 24) G5: No treatment control (n treatments 24)	Disability: G2 vs. G1: 8 wk: 05 G3 vs. G1: 8 wk: -18* G4 vs. G1: 8 wk: -17* G5 vs. G1: 8 wk: 05	50 50 50 50 50	Timm 1994 (25)		
	G1: SMT-DC (n treatments m = 5) G2: Sham SMT-DC (n treatments m = 4)	Pain: After 1st tx: 06 2 wk: 17 [statistical significance is indeterminate]	11 18	Waagen 1986 (44)		

Continued

	intervention	relative effect per outcome	sample size	based on studies (quality score)	comments	authors conclusions
mixed duration predominantly chronic (>50%)	Factorial design: All combinations of:(n treatments 5–10) 1. SMT-PT, back school, diathermy 2. Traction, back school, diathermy 3. Exercise, back school, diathermy 4. Corset, back school, diathermy	Pain: Main effect of SMT vs. no SMT: 4 wk: 10* improvement % patients rating themselves better Main effect of SMT vs. no SMT: 4 wk: 9 4 mo: 5	not reported	Coxhead 1981 (25)		For mixed (but predominantly chronic) LBP, there is strong evidence that SMT is similar in effect to a combination of medical care with exercise instruction. There is moderate evidence that SMT is superior to general practice medical care and similar to physical therapy in both the short and long term. There is limited evidence of short- and longterm superiority of SMT over hospital outpatient care for pain and disability. There is also limited evidence of shortterm superiority of SMT over medication and acupuncture.
	G1: SMT/MOB-DO (n treatments 4) G2: Diathermy active (n treatments 12) G3: Detuned diathermy (n treatments 12)	Pain (reported here as pain improvement): G2 vs. G1: 2 wk: 00 4 wk: -03 12 wk: 02 [between-group statistics not possible] baseline not comparable]	41 34 34	Gibson 1985 (38)		
	G1: MOB-bonesetter (n treatments m=8) G2: PT (n treatments m=10) G3: Exercise (n treatments m=5)	Disability improvement: G2 vs. G1: 6 wk: 10 3 mo: 02 6 mo: 10* 1 y: 08 G3 vs. G1: 6 wk: 10 3 mo: 04 6 mo: 12* 1 y: 12*	45 35 34	Hemmila 1997, 2002 (63)		
	G1: SMT-DC (n treatments 10) G2: Back education & exercise (n treatments 10)	Pain improvement: G2 vs. G1: 4 wk: -08 Disability improvement G2 vs. G1: 4 wk: 00	19 18	Herzog 1991 (6)		
	G1: SMT-DC & ex instruction (n treatments 1–21) G2: Care-MD including ex instr (n treatments m=6) [2 other groups identical to G1 and G2 but with PT modalities](n treatments 1–23)	Pain: G2 vs. G1: 2 wk: 00 6 wk: 02 6 mo: 02 Disability: G2 vs. G1: 2 wk: 01 6 wk: 02 6 mo: 03	169 170	Hurwitz 2002 (63)		
	G1: SMT-DC (n treatments 9) G2: PT, SMT-PT (n treatments 6)	Pain improvement: G2 vs. G1: 6 wk: 03* 6 mo: 04* 1 y: 02 2 y: 04* 3 y: 03*	384 357	Meade 1990, 1995 (31)		
	G1: SMT-DC (n treatments m=7) G2: Physiotherapy (n treatments m=8)	Pain improvement: G2 vs. G1: After tx: 04 6 mo: 00 1 y: 00 Disability improvement: G2 vs. G1: After tx: 03 6 mo: 01 1 y: 00	138 115	Skargren 1997 (50)		
	G1: SMT-DC (n treatments 12) G2: Sham SMT-DC (n treatments 12) G3: Back Education (n treatments 12)	Pain: G2 vs. G1: 2 wk: 06 4 wk: 08 G3 vs. G1: 2 wk: 06 4 wk: 02 Disability: G2 vs. G1: 2 wk: 12* 4 wk: 07 G3 vs. G1: 2 wk: 06 4 wk: 02	70 70 69	Triano 1995 (31)		
	G1: GP & SMT-DC, DO, PT (n treatments ≤8) G2 GP (n treatments ≤8) G3 GP & Exercise (n treatments ≤8) G4 GP & SMT-DC, DO, PT & ex (n treatments ?)	Pain: G2 vs. G1: 3 mo: 09* 12 mo: 06* G3 vs. G1: 3 mo: 04 12 mo: 00 Disability: G2 vs. G1: 3 mo: 07* 12 mo: 04* G3 vs. G1: 3 mo: 02 12 mo: 02	353 338 310 333	UK Beam 2004 (50)		

Ferreira ML et al Does spinal manipulative therapy help people with chronic low back pain? 2002 ⁷ - Chronic low back pain.

outcome	intervention / comparison	relative effect (CI)	Based on studies	Pedro Score	sample size	authors conclusions
pain (0-100 mm VAS scale)	SMT / placebo	3 (14-8) 6 (16-4) 7 (6-20) 6 (13-1) 8 (17-0)	Gibson et al 1985 Gibson et al 1985 Gibson et al 1985 Triano et al 1995 Triano et al 1995	4 4 4 6 6	69 68 51 86 86	Spinal manipulative therapy is not substantially more effective than sham treatment in reducing pain, nor is it more effective than NSAIDs in improving disability of patients with chronic low back pain. It is not clear whether spinal manipulative therapy is more effective than NSAIDs in reducing pain in chronic low back pain patients
pain/physical impairment/disability (range 5–32 points)	SMT / placebo	2 (-) 2 (-) 3 (-)	Waagen et al 1986 Postacchini et al 1988 Postacchini et al 1988	5 3 3	19 95 95	
disability (Oswestry 100 point scale)	SMT / placebo	6 (10-2) 3 (9-2) 10 (21-1) 7 (18-4) 12 (25-1)	Triano et al 1995 Triano et al 1995 Gibson et al 1985 Gibson et al 1985 Gibson et al 1985	6 6 4 4 4	79 79 68 67 53	
SMT vs acupuncture: pain (0 disability (Oswestry 100 point scale)	SMT / acupuncture	33 (51-15) 10 (17-2)	Giles et al 1999 Giles et al 1999	4 4	50 48	
pain (0-100 mm VAS scale)	SMT / Back school	6 (6-1) 2 (9-6) 2 (-) (-) 4 (-)	Triano et al 1995 Triano et al 1995 Postacchini et al 1988 Postacchini et al 1988 Postacchini et al 1988	6 6 3 3 3	90 90 102 102 102	
disability (Oswestry 100 point scale)	SMT / Back school	3 (6-1) 1 (6-4) 2 (10-6) 8 (17-1) 28 (46-10)	Triano et al 1995 Triano et al 1995 Bronfort et al 1996 Bronfort et al 1996 Giles et al 1999	6 6 7 7 4	77 77 105 96 52	
pain/physical impairment/disability (range 5–32 points)		(-) (-) (-)	Postacchini et al 1988 Postacchini et al 1988 Postacchini et al 1988	3 3 3	99 99 99	
disability (Roland Morris 100 point scale)	SMT / NSAID	2 (9-6) 6 (13-1) 9 (14-4)	Bronfort et al 1996 Bronfort et al 1996 Giles et al 1999	7 7 4	105 96 52	
general health status (COOP charts: 0 - 100 scale)	Manual therapy / NSAID	-2 (-8-3) 0 (0-5)	Bronfort et al 1996 Bronfort et al 1996	7 7	105 96	
main complaint (10 point scale)	Manual therapy /	1 (-) 2 (-)	Koes et al 1992 Koes et al 1992	8 8	58 58	
pain/physical impairment/disability (range 5–32 points)	Manual therapy / physiotherapy	2 (-) 2 (-) 2 (-)	Postacchini et al 1988 Postacchini et al 1988 Postacchini et al 1988	3 3 3	99 99 99	
vs no treatment: pain (daily score on a 4-point scale)	Manipulation / no treatment	-1 (-)	Evans et al 1978	6	22	

Ferreira et al. Low back pain of less than 3 months duration.⁸

outcome	intervention / comparison	relative effect (CI)	Based on studies	Pedro Score	sample size	n studies	authors conclusions
PAIN (0–100 mm VAS scale) - < 4 weeks	SMT / placebo	-13 (-32-7)	Helliwell and Cunliffe	5	26	2	Spinal manipulative therapy produces slightly better outcomes than placebo therapy, no treatment, massage, and short wave therapy for nonspecific low back pain of less than 3 months duration.
SMT vs. no treatment	SMT / placebo	-19 (-24--13)	Sanders et al	3			
		-5 (-9--2)	Hadler et al	8	28	1	
		-17 (-26--8)	Sanders et al	3	12	1	
DISABILITY (100- point scale) - < 4 weeks	SMT+ active treatment / active treatment	-3 (-10-4)	Curtis et al	8	516	4	
		-9 (-16--1)	Hsieh et al	8			
		1 (-9-11)	MacDonald and Bell	5			
		-17 (-30--4)	Morton	6			
DISABILITY (0–100 scale) - > 4 weeks	SMT+ active treatment / active treatment	4 (-4-12)	Andersson et al	7	574	4	
		-5 (-12-2)	Curtis et al	8			
		-6 (-13-1)	Hsieh et al	8			Spinal manipulative therapy, exercise, usual physiotherapy, and medical care appear to produce similar outcomes in the first 4 weeks of treatment. We would advocate that developers of clinical guidelines should consider the sizes of effect of spinal manipulative therapy before making recommendations.
		-14 (-20--7)	Morton	6			
PAIN (0–100 scale) - > 4 weeks	SMT+ active treatment / active treatment	-3 (-9-4)	Andersson et al	7	292	3	
		-7 (-14--1)	Hsieh et al	8			
		-27 (-37--17)	Morton	6			
DISABILITY (0–100 scale) - < 4 weeks	SMT / McKenzie exercises:	-2 (-7-3)	Cherkin et al	8	271	2	
		-18 (-29--8)	Erhard et al	5			
DISABILITY (0–100 scale) - 4 weeks	SMT / exercise + McKenzie:	-2 (-5-2)	Cherkin et al	8	426	5	
		-22 (-26--18)	Delitto et al	4			
		-18 (-29--8)	Erhard et al	5			
		2 (-4-9)	Seferlis et al	7			
		-10 (-21-2)	Zylbergold et al	5			
DISABILITY (0–100 scale) - 4 weeks	SMT / exercise:	-22 (-26--18)	Delitto et al	4	124	3	
		2 (-6-10)	Seferlis et al	7			
		-9 (-26-7)	Zylbergold et al	5			
	SMT / exercise:	-22 (-26--18)	Delitto et al	4	24	1	
	SMT / exercise:	2 (-4-8)	Seferlis et al	7	131	2	
PAIN (0–100 scale) - 4 weeks		-10 (-21-1)	Zylbergold et al	5			
	SMT / massage:	-7 (-18-4)	Hsieh et al Pope et al	4	191	2	
PAIN (0–100 mm VAS scale) - 3 weeks		-2 (-10-7)	Hsieh et al	8			
DISABILITY (0–100 point scale) - 3 weeks	SMT / massage:	-30 (-45--14)	Hsieh et al Pope et al	4	135	2	
		-6 (-14-3)	Hsieh et al	8			

Rubinstein et al. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain⁹

outcome	intervention/comparison	relative effect (95 CI)	sample size	n studies	based on studies	comments	authors conclusions
2.1 Pain	Spinal manipulative therapy vs. sham/placebo/passive modalities	Subtotals only		3	Chown et al. (3Fatal flaw)	very strict interpretation of chronic low back pain	Only low to very low evidence for in only one case a clinically moderate effect (functional status at one month)
2.1.1 Pain at 1 month		-4.32 (-25.36- 16.73)	177	2	Ferreira et al. (8)		
2.1.2 Pain at 3 months		1.81 (-7.13- 10.75)	177	2	Goldby et al. (4)		
2.1.3 Pain at 6 months		-0.41 (-15.05- 14.23)	225	3	Gudavalli et al. (4+)		
2.1.4 Pain at 12 months		5.20 (-9.56- 19.96)	102	1	Licciardone et al. (6)		
2.2 Disability		Subtotals only		3	Mohseni-Bandpei et al. (2)		
2.2.1 Disability at 1 month		-0.36 (-0.66- -0.06)	177	2	Muller and Giles (4Fatal flaw)		
2.2.2 Disability at 3 months		0.13 (-0.19- 0.45)	177	2	Wilkey et al. (3)		
2.2.3 Disability at 6 months		0.06 (-0.26- 0.39)	225	3			
2.2.4 Disability at 12 months		0.13 (-0.30- 0.57)	102	1			
2.3 Recovery		Not estimable	0	0			
3.1 Pain	Spinal manipulative therapy + intervention vs. intervention alone	Subtotals only		1		MWD at 100 point scale for pain and SMD for disability	
3.1.1 Pain at 1 month		-8.80 (-21.43- 3.83)	59	1			
3.1.2 Pain at 3 months		-14.20 (-26.89- -1.51)	52	1			
3.1.3 Pain at 6 months		-4.90 (-18.68- 8.88)	47	1			
3.1.4 Pain at 12 months		Not estimable	0	0			
3.2 Disability		Subtotals only		1			
3.2.1 Disability at 1 month		-0.27 (-0.84- 0.29)	59	1			
3.2.2 Disability at 3 months		0.04 (-0.55- 0.63)	52	1			
3.2.3 Disability at 6 months		-0.19 (-0.80- 0.43)	47	1			
3.2.4 Disability at 12 months		Not estimable	0	0			
3.3 Recovery		Not estimable	0	0			
4.1 Pain	Spinal manipulative therapy vs. other intervention	Subtotals only		4			
4.1.1 Pain at 1 month		-3.28 (-5.73- -0.82)	265	2			
4.1.2 Pain at 3 months		-1.91 (-5.37- 1.55)	580	4			
4.1.3 Pain at 6 months		1.04 (-10.50- 12.58)	524	3			
4.1.4 Pain at 12 months		-0.32 (-4.92- 4.29)	530	3			
4.2 Disability		Subtotals only		4			
4.2.1 Disability at 1 month		-0.49 (-1.41- 0.43)	226	2			
4.2.2 Disability at 3 months		-0.20 (-0.54- 0.14)	579	4			
4.2.3 Disability at 6 months		-0.05 (-0.34- 0.24)	528	3			
4.2.4 Disability at 12 months		0.04 (-0.15- 0.23)	529	3			
4.3 Recovery		Not estimable	0	0			

Licciardone JC et al Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials 2005;¹⁰

Only osteopathic manipulations

outcome	intervention/comparison	relative effect (95 CI)	sample size	n studies	based on studies	comments	authors conclusions
Pain, Standardised mean difference	Osteopathic spinal osteopathy vs sham, placebo or no treatment	0,3 (0.47 - -0,13)	549	8	Hoehler 1981 Gibson 1985 Gibson 1985 Cleary 1994 Andersson 1999 Burton 2000 Licciardone 2003 Licciardone 2003	Only osteopathic treatment	OMT is a distinctive modality that significantly reduces low back pain. The level of pain reduction is greater than expected from placebo effects alone and persists for at least three months.

Walker BF, French SD, Grant W, Green S. Combined chiropractic interventions for low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(4).¹¹

Only chiropractic manipulations

outcome	intervention/comparison intervention	based on studies	quality of the evidence	Main findings
Pain & disability pain : SMD Disability RMDQ	Chiropractic combined intervention all other other interventions	Cramer 1993 Hsieh 1992 Hsieh 2002 Bronfort 1996 Gudavalli 2005 Wilkey 2008 Beyerman 2006 Bronfort 1989 Hawk 2005 Hurwitz 2002 Meade 1990	Only 3 studies considered of high quality	For acute and subacute LBP, chiropractic interventions improved short- and medium-term pain (SMD -0.25 (95% CI -0.46 to -0.04) and MD -0.89 (95%CI -1.60 to -0.18)) compared to other treatments, but there was no significant difference in long-term pain (MD -0.46 (95% CI -1.18 to 0.26)). Short-term improvement in disability was greater in the chiropractic group compared to other therapies (SMD -0.36 (95% CI -0.70 to -0.02)). However, the effect was small and all studies contributing to these results had high risk of bias. There was no difference in medium- and long-term disability. No difference was demonstrated for combined chiropractic interventions for chronic LBP and for studies that had a mixed population of LBP.

Discus hernia**Snelling et al. Spinal manipulation in patients with disc herniation: A critical review of risk and benefit¹²**

outcome	intervention/ comparison	based on studies	quality of the evidence	Main findings	authors conclusions
pain Disability	spinal manipulation other treatments	Coxhead, 1981 Mathews 1987 Liu and Zhang, 2000 Burton, 2000	Three were of low methodological quality however, and one of better quality had very low patient numbers	4 RCT describes separately three suggested some early benefit of manipulation compared to treatment controls. One suggested no benefit, and none suggested any long-term benefit.	There is a lack of strong evidence to support the role of spinal manipulation in disc herniation, though some weak evidence suggests it may be beneficial in the early stages.

Neck pain**Gross A, et al. Manipulation or mobilisation for neck pain. I 3**

outcome	intervention	Comparison	relative effect (95% CI)	sample size	n studies	based on studies	authors conclusions/remarks
PAIN	Cervical Manipulation 1.1 Single session: immediate or short-term follow-up	Cntl or varied comparisons	-0.40 (-1.04, - 0.23) 0.00 (-0.40, - 0.39) -1.67 (-2.21, - -1.12)	39 100 71	3	Sloop 1982 Cassidy 1992 Martinez-Segura 2006	<p>There is moderate quality evidence (two trials, 369 participants) that manipulation produces similar changes in pain, function and patient satisfaction when compared to mobilisation for subacute or chronic neck pain at short- and intermediate-term follow-up.</p> <p>There is low quality evidence (three trials, 130 participants) that manipulation alone versus a control may provide immediate- and short-term pain relief following one to four treatment sessions in subjects with acute or chronic neck pain. Low quality evidence from one small (25 participants) dosage trial suggests that nine or 12 sessions of manipulation are superior to three for pain relief at immediate post-treatment follow-up and neck-related disability for chronic cervicogenic headache. Larger dose-finding trials are needed to establish the optimal dose.</p> <p>There is very low quality evidence at short-term follow-up that:</p> <ul style="list-style-type: none"> one manipulation technique is not superior to another for pain reduction for subacute neck pain (three trials, 88 participants); manipulation is equivalent to certain medication (2 trials, 69 participants), acupuncture (2 trials, 81 participants), certain soft-tissue treatments (1 trial, 53 participants) or certain combined treatments for subacute and chronic neck pain and to some extent improved function; and manipulation may be superior to TENS (1 trial, 64 participants) for individuals with chronic cervicogenic headache.
PAIN	Cervical Manipulation 2.1 Low Dosage: immediate follow-up 2.2 Low Dosage: short-term follow-up	Cntl or varied comparisons	-1.68 (-2.21, - -1.13) -0.54 (-1.43, - 0.36) -0.40 (-1.04, - 0.23)	72 20 39	3 1 2	Martinez-Segura 2006 Bitterli 1977 Sloop 1982	
PAIN	Cervical Manipulation 3.1 Multiple sessions: immediate follow-up 3.2 Multiple sessions: short-term follow-up 3.3 Multiple sessions: intermediate-term follow-up - manipulations v mobilisations/comparison 3.4 Multiple sessions: intermediate-term follow-up - manipulations v other treatment 3.5 Multiple sessions: long-term follow-up	Cntl or varied comparisons	-0.19 (-0.89, - 0.51) -0.13 (-0.78, - 0.52) 0.99 (-0.88, - 2.85) -0.54 (-1.43, - 0.36) -1.91 (-2.50, - -1.31) -0.45 (-0.99, - 0.10) 0.15 (-0.32, - 0.61) -0.17 (-0.64, - 0.31) 0.32 (-0.16, - 0.80) -0.62 (-1.12, - -0.11) 0.18 (-0.29, - 0.66) 0.21 (-0.26, - 0.69) -0.24 (-0.71, - 0.24) 0.04 (-0.56, - 0.64) -0.24 (-0.85, - 0.37)	35 38 6 20 64 53 70 68 68 63 69 69 68 43 42	7 2 3 1 1 1	Giles 1999 Giles 1999 Strunk 2008 Bitterli 1977 Chen 2007 Nilsson 1997 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Muller 2005 Muller 2005	
PAIN	Cervical Manipulation 4.1 Multiple sessions: Intermediate-term follow-up	Mobilisation			1	Hurwitz 2002	
PAIN Intensity	Cervical Manipulation 5.1 Single session: short-term follow-up	same treatment in both arms			1	Howe 1983	
PAIN PRESSURE	Cervical Manipulation 6.1 Single session: immediate follow-up	Placebo	-1.11 (-2.59, - 0.37)	9	1	Vernon 1990	
						pooled	
							Heterogeneity: Tau2=0.10; Chi2=7.94, df=3 (P=0.05); I2=62

Continued

outcome	intervention	Comparison	relative effect (95% CI)	sample size	n studies	based on studies	authors conclusions/remarks
PAIN	Thoracic Manipulation 10.1 Single session: immediate follow-up 10.2 Multiple sessions: immediate follow-up 10.3 Multiple sessions: short-term follow-up 10.4 Multiple sessions: long-term follow-up	Cntl	-0.93 (-1.62, - 0.24) 0.65 (-0.12, - 1.41) 0.02 (-0.73, - 0.77) -3.43 (-4.38, - 2.49) 0.29 (-0.43, - 1.01) -0.68 (-1.11, - 0.25) -2.19 (-2.94, - 1.44) -0.50 (-1.13, - 0.13)	36 32 32 45 30 88 45 41	6	Cleland 2005 Krauss 2008 Krauss 2008 Gonzalez-Iglesias 2009 Parkin-Smith 1998 Fernandez 2004a Gonzalez-Iglesias 2009 Savolainen 2004	There is lowquality evidence (one trial, 45 participants) in support of thoracic manipulation as an adjunct to electrothermal therapy for both pain (NNT 7; 46.6% treatment advantage) and function (NNT 5; 40.6% treatment advantage) for acute neck pain . Very low quality evidence (one trial, 88 participants) supports thoracic manipulation as an adjunct to individualized physiotherapy care for pain reduction for acute/subacute WAD. When thoracic manipulation was added to cervical manipulation alone, there was very low quality evidence suggesting no added benefit for participants with neck pain of undefined duration. Low quality of evidence (one trial, 36 participants) favoured a single session of thoracic manipulation for immediate pain reduction when compared to a placebo for chronic neck pain (NNT 5, 29% treatment advantage). Alternatively, very low quality evidence found no difference in pain during neck rotation or function when a thoracic manipulation was compared to no treatment (one trial, 30 participants) or exercise (one trial, 41 participants) for neck pain of undefined duration.
PAIN	Cervical Mobilisation 11.1 Multiple sessions: immediate follow-up 11.2 Multiple sessions: short-term follow-up 11.3 Multiple sessions: intermediate-term follow-up	Comparison	-0.78 (-1.70, - 0.13) 0.36 (-0.58, - 1.30) 0.26 (-0.22, - 0.73) -0.24 (-0.72, - 0.23) 0.28 (-0.21, - 0.77) -0.33 (-0.89, - 0.23)	20 18 69 69 65 51	1 1 2	Coppieters 2003 Bitterli 1977 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 David 1998	One factorial design trial (1 trial, 133 participants) and one comparison trial (1 trial, 100 participants) provided moderate to low quality evidence showing no difference betweenmobilisation compared tomanipulation and other treatments for pain, function and patient satisfaction for subacute/chronic neck pain. There was low quality evidence (one trial, 51 participants) that a combination of Maitland mobilisation techniques was as effective as acupuncture for pain relief and improved function immediately post-treatment for subacute/chronic neck pain. Low quality evidence exists from one small trial (20 participants) suggesting neural dynamic techniques led to statistically insignificant, but clinically important pain reduction immediately post-treatment in participants with neck pain of mixed duration. Certain mobilisation techniques may be superior to others. Very low quality evidence (one trial, 95 participants) suggests that an anterior-posterior mobilisation was more effective than a transverse oscillatory and rotational mobilisation immediately posttreatment for acute/subacute neck pain. Lowquality evidence (two trials, 120 participants) suggests no difference in pain reduction or global perceived effect for chronic neck pain when comparing an ipsilateral posterior-anterior or central posterior-anterior to one of three random posterior-anterior mobilisations.
PAIN	Cervical Mobilisation 12.1 Multiple sessions: immediate follow-up	one technique another technique	0.12 (-0.38, - 0.63) 0.01 (-0.49, - 0.52) -0.53 (-1.04, - 0.01) -0.32 (-0.83, - 0.18)	60 60 60 60	1	Kanlayanaphotporn 2009 Kanlayanaphotporn 2009 Kanlayanaphotporn 2009a Kanlayanaphotporn 2009a	
PAIN	Cervical Mobilisation 13.1 PA vs other mobilisation: multiple sessions: immediate follow-up 13.2 AP vs other mobilisation: multiple sessions: immediate follow-up	one technique another technique	0.48 (0.19, - 1.19) 0.50 (0.20, - 1.25) 1.67 (0.45, - 6.21) 0.30 (0.09, - 0.96) 0.29 (0.09, - 0.91) 0.60 (0.16, - 2.23)	? ? ? ? ? ?	1	Egwu 2008 Egwu 2008 Egwu 2008 Egwu 2008 Egwu 2008 Egwu 2008	
FUNCTION	Cervical Mobilisation 14.1 Multiple sessions: intermediate-term follow-up	Comparison	0.24 (-0.23, - 0.72) 0.08 (-0.41, - 0.56) -0.14 (-0.62, - 0.33) 0.06 (-0.22, - 0.33)	69 65 69 203	1	Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 pooled	Tau2=0.0;Chi2=1.30,df=2(P=0.52);I2=0.0%
GLOBAL PERCEIVED EFFECT	Cervical Mobilisation 15.1 Single session: immediate follow-up	one technique another technique	1.12 (0.74, - 1.69) 0.9 (0.63, - 1.3)	? ?	1	Kanlayanaphotporn 2009 Kanlayanaphotporn 2009a	
PATIENT SATISFACTION	Cervical Mobilisation 16.1 Multiple sessions: short-term follow-up	Comparison	-0.14 (-0.62, - 0.35) 0.25 (-0.22, - 0.72) 0.01 (-0.46, - 0.48)	65 69	1	Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002	

Continued

PAIN	Thoracic Manipulation 10.1 Single session: immediate follow-up 10.2 Multiple sessions: immediate follow-up 10.3 Multiple sessions: short-term follow-up 10.4 Multiple sessions: long-term follow-up	Cntl	-0.93 (-1.62, - 0.24) 0.65 (-0.12, - 1.41) 0.02 (-0.73, - 0.77) -3.43 (-4.38, - 2.49) 0.29 (-0.43, - 1.01) -0.68 (-1.11, - 0.25) -2.19 (-2.94, - 1.44) -0.50 (-1.13, - 0.13)	36 32 32 45 30 88 45 41	6	Cleland 2005 Krauss 2008 Krauss 2008 Gonzalez-Iglesias 2009 Parkin-Smith 1998 Fernandez 2004a Gonzalez-Iglesias 2009 Savolainen 2004	<p>There is lowquality evidence (one trial, 45 participants) in support of thoracic manipulation as an adjunct to electrothermal therapy for both pain (NNT 7; 46.6% treatment advantage) and function (NNT 5; 40.6% treatment advantage) for acute neck pain . Very low quality evidence (one trial, 88 participants) supports thoracic manipulation as an adjunct to individualized physiotherapy care for pain reduction for acute/subacute WAD. When thoracic manipulation was added to cervical manipulation alone, there was very low quality evidence suggesting no added benefit for participants with neck pain of undefined duration.</p> <p>Low quality of evidence (one trial, 36 participants) favoured a single session of thoracic manipulation for immediate pain reduction when compared to a placebo for chronic neck pain (NNT 5, 29% treatment advantage). Alternatively, very low quality evidence found no difference in pain during neck rotation or function when a thoracic manipulation was compared to no treatment (one trial, 30 participants) or exercise (one trial, 41 participants) for neck pain of undefined duration</p> <p>One factorial design trial (1 trial, 133 participants) and one comparison trial (1 trial, 100 participants) provided moderate to low quality evidence showing no difference between mobilisation compared to manipulation and other treatments for pain, function and patient satisfaction for subacute/chronic neck pain. There was low quality evidence (one trial, 51 participants) that a combination of Maitland mobilisation techniques was as effective as acupuncture for pain relief and improved function immediately post-treatment for subacute/chronic neck pain. Low quality evidence exists from one small trial (20 participants) suggesting neural dynamic techniques led to statistically insignificant, but clinically important pain reduction immediately post-treatment in participants with neck pain of mixed duration.</p> <p>Certain mobilisation techniques may be superior to others. Very low quality evidence (one trial, 95 participants) suggests that an anterior-posterior mobilisation was more effective than a transverse oscillatory and rotational mobilisation immediately posttreatment for acute/subacute neck pain. Lowquality evidence (two trials, 120 participants) suggests no difference in pain reduction or global perceived effect for chronic neck pain when comparing an ipsilateral posterior-anterior or central posterior-anterior to one of three random posterior-anterior mobilisations.</p> <p>Tau2=0.0;Chi2=1.30,df=2(P=0.52);I2=0.0%</p>
PAIN	Cervical Mobilisation 11.1 Multiple sessions: immediate follow-up 11.2 Multiple sessions: short-term follow-up 11.3 Multiple sessions: intermediate-term follow-up	Comparison	-0.78 (-1.70, - 0.13) 0.36 (-0.58, - 1.30) 0.26 (-0.22, - 0.73) -0.24 (-0.72, - 0.23) 0.28 (-0.21, - 0.77) -0.33 (-0.89, - 0.23)	20 18 69 69 65 51	1 1 2	Coppieters 2003 Bitterli 1977 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 David 1998	
PAIN	Cervical Mobilisation 12.1 Multiple sessions: immediate follow-up	one technique another technique	0.12 (-0.38, - 0.63) 0.01 (-0.49, - 0.52) -0.53 (-1.04, - 0.01) -0.32 (-0.83, - 0.18)	60 60 60 60	1	Kanlayanaphotporn 2009 Kanlayanaphotporn 2009 Kanlayanaphotporn 2009a Kanlayanaphotporn 2009a	
PAIN	Cervical Mobilisation 13.1 PA vs other mobilisation: multiple sessions: immediate follow-up 13.2 AP vs other mobilisation: multiple sessions: immediate follow-up	one technique another technique	0.48 (0.19, - 1.19) 0.50 (0.20, - 1.25) 1.67 (0.45, - 6.21) 0.30 (0.09, - 0.96) 0.29 (0.09, - 0.91) 0.60 (0.16, - 2.23)	? ? ? ? ? ?	1	Egwu 2008 Egwu 2008 Egwu 2008 Egwu 2008 Egwu 2008 Egwu 2008	
FUNCTION	Cervical Mobilisation 14.1 Multiple sessions: intermediate-term follow-up	Comparison	0.24 (-0.23, - 0.72) 0.08 (-0.41, - 0.56) -0.14 (-0.62, - 0.33) 0.06 (-0.22, - 0.33)	69 65 69 203	1	Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 pooled	
GLOBAL PERCEIVED E	Cervical Mobilisation 15.1 Single session: immediate follow-up	one technique another technique	1.12 (0.74, - 1.69) 0.9 (0.63, - 1.3)	? ?	1	Kanlayanaphotporn 2009 Kanlayanaphotporn 2009a	
PATIENT SATISFACTIO	Cervical Mobilisation 16.1 Multiple sessions: short-term follow-up	Comparison	-0.14 (-0.62, - 0.35) 0.25 (-0.22, - 0.72) 0.01 (-0.46, - 0.48)	65 69	1	Hurwitz 2002 Hurwitz 2002 Hurwitz 2002	

Gemmell H, Miller P. Comparative effectiveness of manipulation, mobilisation and the Activator instrument in treatment of non-specific neck pain: A systematic review.¹⁴

outcome	intervention/	comparison	Studies	comments	authors conclusions
Pressure pain threshold. Numerical rating scale (NRS) for pain. Cervical ROM. Cervical lateral flexion. VAS for pain. NRS for pain. Neck Disability index. SF-36. Adverse reactions with care. Patient global assessment.	Hig Velocity Low Amplitude rotational manipulation (HVLA-rotation manipulation), oscillatory mobilisation, Activator, deversified HVLA manipulation, post isometric relaxation (PIR), HVLA manipulation with heat, HVLA manipulation without heat, HVLA with electrical stimulation, HVLA without electrical stimulation,	the different treatment modalities compared with each other	1. Vernon, 1990 2. Cassidy, 1991 3. Yurkiw, 1996 4. Wood, 2001 5. Hurwitz, 2002	patients suffering nonspecific neck pain, age or duration of symptoms was not considered.	due to lack in quantity and quality of studies reviewed, more high-quality research is needs to be done before a recommendation can be made as to which type of manual therapy has better effectiveness and safety profile for nonspecific neck pain.

Miller et al. Manual therapy and exercise for neck pain: A systematic review¹⁵

outcome	intervention/	comparison	Studies	authors conclusions
Pain, function/disability, quality of life, global perceived effect, and patient satisfaction for short-term (closest to 4 weeks) to long-term (closest to 12 months) follow-up.	Manual therapy, including manipulation or mobilisation techniques, combined with exercise	a placebo; a wait list/no treatment control; an adjunct treatment (for example: mobilisation and exercise plus ultrasound versus ultrasound); or another treatment.	Five trials (29%) had a low risk of bias ([Mealy et al., 1986] and [Bronfort et al., 2001]; Persson et al., 2001; [Hoving et al., 2002] and [Jull et al., 2002]) and 12 trials had high risk of bias ([Brodin, 1985], [McKinney et al., 1989], [Vasseljen et al., 1995], [Karlberg et al., 1996], [Provinciali et al., 1996], [Giebel et al., 1997], [Skargren et al., 1998], [Bonk et al., 2000], [Allison et al., 2002], [Ylinen et al., 2003], [Palmgren et al., 2006] and Walker et al., 2008 M.J. Walker, R.E. Boyles, B.A. Young, J.B. Strunce, M.B. Garber and J.M. Whitman et al., The effectiveness of manual physical therapy and exercise for mechanical neck pain, Spine 33 (22) (2008), pp. 2371–2378. Full Text via CrossRef View Record in Scopus Cited By in Scopus (8)[Walker et al., 2008]).	Low quality evidence suggests clinically important long-term improvements in pain (pSMD-0.87(95% CI:-1.69,-0.06)), function/disability, and global perceived effect when manual therapy and exercise are compared to no treatment. High quality evidence suggests greater short-term pain relief [pSMD-0.50(95% CI:-0.76,-0.24)] than exercise alone, but no long-term differences across multiple outcomes for (sub)acute/chronic neck pain with or without cervicogenic headache. Moderate quality evidence supports this treatment combination for pain reduction and improved quality of life over manual therapy alone for chronic neck pain; and suggests greater short-term pain reduction when compared to traditional care for acute whiplash.

Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G, Carroll LJ, Nordin M, Guzman J, et al. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders.¹⁶

outcome	intervention/	comparison	Studies	comments	authors conclusions
pain and disability outcomes evaluated on clinical importance	non invasive methods	placebo or sham, "usual care", no care, or another intervention	1. Hong, 1982 2. Karppinen, 1999 3. Koes, 1991 4. Koes, 1992 5. Koes, 1993 6. Gam, 1998 7. Wheeler, 2001 8. Ozdemir, 2001 9. Ceccherelli, 1989 10. Gur, 2004 11. Chow, 2006 12. Thorson, 1992 13. Irnich, 2002 14. Irnich, 2001 15. Vas, 2006 16. He, 2004 17. He, 2005 18. Sterling, 2001 19. Hoivik, 1983 20. Yamamoto, 1983 21. Berry, 1981 22. White, 2000 23. Cleland, 2005 24. Smania, 2005 25. Horneij, 2001 26. Hoving, 2002 27. Hoving, 2006 28. Korthals-de-Bos, 2003 29. Ekberg, 1994 30. Taimela, 2000 31. Witt, 2006 32. Willich, 2006 33. Ylinen, 2003 34. Ylinen, 2005 36. Zybergold, 1985 37. Viljanen, 2003 38. Aaras, 1998 39. Aaras, 2001 40. Jull, 2002 41. Stanton, 2003 42. van den Heuvel, 2003 43. Brodin, 1984 44. David, 1998 45. Dziedzic, 2005 46. Hagberg, 2000 47. Martinez-Segura, 2006 48. Hurwitz, 2002 49. Wood, 2001 50. Jordan, 1998 51. Klaber-Moffett, 2005 52. Manca, 2006 53. Bronfort, 2001 54. Evans, 2002 55. Chiu, 2005 56. Revel, 1994 57. Lavin, 1997 58. Persson, 1997 59. Skillgate, 2007 60. McReynolds, 2005	No extraction is possible of the included studies. No pooling is performed because of the heterogeneity between the study, study population, intervention groups, outcome measures, follow-up time, estimated effects	For neck disorders without radicular signs or symptoms (grades I and II), the evidence suggests that manual (manipulation or mobilisation) and exercise interventions, LLLT, and perhaps acupuncture are more effective than no treatment, sham, or alternative interventions; however, none of these treatments is clearly superior to any other in either the short- or long-term. For disorders without trauma, the evidence favors supervised exercise sessions with or without manual therapy over usual or no care. Of the manual therapies, manipulation and mobilisation yield comparable clinical outcomes. It should be noted that the safety and efficacy of thoracic manipulation as a promising alternative to cervical manipulation has recently been investigated deserves further examination.

Headache**Bronfort et al. non invasive physical treatments for chronic/recurrent headache, ¹⁷part I: migraine type headache.**

outcome	intervention vs comparison	relative effect (95% CI)	sample size	based on studies	Remarks
Headache index (scale 0-70) During last 4 weeks of treatment (As above) 4 weeks post-treatment	SMT Amitriptyline	-0.1 (-0.5 to 0.3) 0.4 (0.0 to 0.8)	218	Nelson 1998	quality of the studies Nelson 1998(Total validity % score 91)(Jadad3) Parker 1980(Total validity % score 67)(Jadad1) Tuchin 2000(Total validity % score 38)(Jadad1) Authors conclusions • There is preliminary evidence that SMT and amitriptyline have a similar effect in reducing headache index during 8 weeks of treatment, and moderate evidence that SMT is superior to amitriptyline for the same outcome during the 4-week posttreatment period. There is preliminary evidence that the treatments result in similar reduction of non-prescription pain medication use at both time points (evidence from one trial: Nelson 1998). • There is preliminary evidence that SMT plus amitriptyline
Medication use (no. pills/day) During last 4 weeks of treatment (As above) 4 weeks post-treatment		-0.2 (-0.6 to 0.2) 0.2 (-0.2 to 0.6)	218	Nelson 1998	
Headache index (scale 0-70) During last 4 weeks of treatment (As above) 4 weeks post-treatment	SMT SMT + amitriptyline	0.0 (-0.4 to 0.4) 0.4 (0.0 to 0.8)	218	Nelson 1998	is at best similar to amitriptyline alone (evidence of inefficacy)for headache index and pain medication use at both time points (evidence from one trial: Nelson 1998). • There is preliminary evidence that SMT is superior to mobilization for pain, and that the interventions are similar for disability, frequency, and duration at 8 weeks post-treatment. However, the efficacy of mobilization is unknown (evidence from one trial: Parker 1980). • There is limited evidence that SMT is at best similar to sham interferential therapy (evidence of inefficacy) for reducing headache intensity at 2 months post-treatment, and limited evidence that SMT is superior to the sham therapy for reducing headache frequency, duration, and non-prescription pain medication use at the same time point (evidence from one trial: Tuchin 2000).
Medication use (no. pills/day) During last 4 weeks of treatment (As above) 4 weeks post-treatment		0.0 (-0.4 to 0.4) 0.4 (0.0 to 0.8)	218	Nelson 1998	
Headache index (scale 0-70) During last 4 weeks of treatment (As above) 4 weeks post-treatment	SMT + amitriptyline Amitriptyline	-0.1 (-0.5 to 0.4) 0.0 (-0.4 to 0.4)	218	Nelson 1998	• There is preliminary evidence that SMT plus amitriptyline is at best similar to amitriptyline alone (evidence of inefficacy)for headache index and pain medication use at both time points (evidence from one trial: Nelson 1998). • There is preliminary evidence that SMT is superior to mobilization for pain, and that the interventions are similar for disability, frequency, and duration at 8 weeks post-treatment. However, the efficacy of mobilization is unknown (evidence from one trial: Parker 1980). • There is limited evidence that SMT is at best similar to sham interferential therapy (evidence of inefficacy) for reducing headache intensity at 2 months post-treatment, and limited evidence that SMT is superior to the sham therapy for reducing headache frequency, duration, and non-prescription pain medication use at the same time point (evidence from one trial: Tuchin 2000).
Medication use (no. pills/day) During last 4 weeks of treatment (As above) 4 weeks post-treatment		-0.2 (-0.6 to 0.2) -0.2 (-0.6 to 0.2)	218	Nelson 1998	
Headache pain intensity (scale 0-10) 8 weeks post-treatment	SMT (chiropractors)	0.4 (-0.2 to 1.0)	85	Parker 1980	• There is limited evidence that SMT is at best similar to sham interferential therapy (evidence of inefficacy) for reducing headache intensity at 2 months post-treatment, and limited evidence that SMT is superior to the sham therapy for reducing headache frequency, duration, and non-prescription pain medication use at the same time point (evidence from one trial: Tuchin 2000).
Headache frequency	Spinal mobilization (medical doctors/physical therapists)				
Headache duration					Effects expressed as Standardised Mean Difference
Headache disability (scale 0-5) 8 weeks post-treatment		0.1 (-0.5 to 0.7)	85	Parker 1980	
Headache pain intensity (scale 0-10) 8 weeks post-treatment	SMT	-0.4 (-0.8 to 0.1)	127	Tuchin 2000	*- sign favors comparison group
Headache duration (hours per episode) 8 weeks post-treatment	Placebo interferential	0.5 (0.1 to 0.9)	127	Tuchin 2000	
Headache frequency		0.5 (0.1 to 0.9)	127	Tuchin 2000	
# per month 8 weeks post-treatment		0.6 (0.3 to 1.0)	127	Tuchin 2000	
Medication use					
# per month 8 weeks post-treatment					

**Bronfort et al. non invasive physical treatments for chronic/recurrent headache, ¹⁷
part 2: non classifiable & tension type headache.**

outcome	intervention vs comparison	relative effect (95% CI)	sample size	based on studies	Remarks
Headache pain intensity reduction ? 3 weeks post-treatment (As above) 8 weeks post-treatment	Mobilization Cold packs	1.1 (0.1 to 2.0) 0.4 (-0.5 to 1.2)	23	Jensen 1990	quality of the studies Bove 1998(Total validity % score 58)(Jadad3) Hoyt 1979(Total validity % score 44)(Jadad1) Jensen 1990(Total validity % score 46)(Jadad3) Boline 1995(Total validity % score 91)(Jadad3) • There is moderate evidence that SMT is inferior to amitriptyline for pain intensity during 6 weeks of treatment. There is also preliminary evidence for similarity of the treatments for frequency and non-prescription medication use during treatment. However, for the 4-week post-treatment period, there is moderate evidence showing that SMT is superior to amitriptyline for pain intensity, frequency, and non-prescription pain medication use (evidence from one trial: Boline 1995). • There is limited evidence indicating that SMT is superior to no treatment (palpation or rest) for pain reduction immediately after a single treatment (evidence from one trial: Hoyt 1979).
Headache pain intensity (0-20) During 6 week -treatment period (As above) During 4 week post-treatment period Headache frequency (0-28) During 6 week treatment period (As above) During 4 week post-treatment period Medication use (no. of pills/day) During 6 week treatment period (As above) During 4 week post-treatment period	SMT Amitriptyline	-0.4 (-0.8 to 0.0) 0.6 (0.2 to 1.0) -0.3 (-0.7 to 0.1) 0.5 (0.1 to 0.9) -0.2 (-0.6 to 0.2) 0.5 (0.1 to 0.9)	150 150 150	Boline 1995 Boline 1995 Boline 1995	
Headache pain intensity (scale 0-100) 1 week after 4 weeks of treatment (As above) 13 weeks after 4 weeks of treatment Headache duration (0-24 hours/day) 1 week after 4 weeks of treatment (As above) 13 weeks after 4 weeks of treatment Medication use (no. of pills/day) 1 week after 4 weeks of treatment (As above) 13 weeks after 4 weeks of treatment	SMT + massage Massage + placebo laser	-0.3 (-0.8 to 0.2) -0.4 (-0.9 to 0.1) -0.1 (-0.6 to 0.4) 0.0 (-0.5 to 0.5) 0.1 (-0.4 to 0.6) 0.0 (-0.5 to 0.5)	75 75 75	Bove 1998 Bove 1998 Bove 1998	
Headache pain intensity (0-7) Immediately after 1 treatment Headache pain intensity (0-7) Immediately after 1 treatment	SMT Spinal palpation SMT Rest	1.8 (0.4 to 3.2) 1.8 (0.4 to 3.2)	22 22	Hoyt 1979 Hoyt 1979	

Bronfort et al. non invasive physical treatments for chronic/recurrent headache, ¹⁷ part 3b: cervicogenic headache (I).

outcome	intervention vs comparison	relative effect (95% CI)	sample size	based on studies	Author's conclusions
Headache pain intensity (0-10) 1 week post-treatment (As above) 1 year post-treatment	SMT+ exercise Exercise	0.0 (-0.4 to 0.4) -0.1 (-0.5 to 0.3)	200	Jul 2002	<ul style="list-style-type: none"> • There is preliminary evidence that mobilization is inferior to spinal manipulation for pain reduction at the end of 3 weeks of treatment, and similar to manipulation 3 months later (evidence from one trial: Bitterli 1977). • There is preliminary evidence that mobilization is similar to a wait-list control at the end of 3 weeks of treatment (evidence from one trial: Bitterli 1977). • There is preliminary evidence that SMT plus galvanic current is superior to a combination of galvanic current, ultrasound, and UV light and to a combination of massage and moist herbal packs for headache improvement at the end of 2 weeks of treatment. There is preliminary evidence that the latter two groups are similar in effect (evidence from one trial: Ammer 1990). • There is moderate evidence showing that SMT plus exercise is superior to no treatment in reducing headache pain, frequency, and headache duration at 1 week and 12 months following 6 weeks of treatment. (evidence from one trial: Jul 2002). • There is preliminary evidence that the SMT plus exercise is similar to exercise alone for headache pain at 1 week following treatment, and moderate evidence that the combination is at most similar to exercise alone at 12 months after treatment. There is moderate evidence that SMT plus exercise is at most similar to exercise alone for frequency at the two time points. However, there is moderate evidence showing that the combination is superior to exercise alone for headache duration at the two time points (evidence from one trial: Jul 2002). This means, that except for headache duration, there is no advantage to adding SMT to exercise over exercise alone (evidence of inefficacy). • There is preliminary evidence that SMT plus exercise is similar to SMT alone for headache pain intensity, frequency, and duration at the 2 time points (evidence from one trial: Jul 2002). This means there is no advantage to adding exercise to SMT over SMT alone (evidence of inefficacy).
Headache frequency (0-7 days/week) 1 week post-treatment (As above) 1 year post-treatment		-0.2 (-0.6 to 0.2) -0.2 (-0.6 to 0.2)	200	Jul 2002	
Headache duration (0-24 hours/day) 1 week post-treatment (As above) 1 year post-treatment		0.5 (0.1 to 0.9) 0.4 (0.0 to 0.8)	200	Jul 2002	
Headache pain intensity (0-10) 1 week post-treatment (As above) 1 year post-treatment	SMT No treatment	0.7 (0.3 to 1.2) 0.4 (0.0 to 0.8)	200	Jul 2002	
Headache frequency (0-7 days/week) 1 week post-treatment (As above) 1 year post-treatment		0.7 (0.3 to 1.1) 0.7 (0.3 to 1.1)	200	Jul 2002	
Headache duration (0-24 hours/day) 1 week post-treatment (As above) 1 year post-treatment		0.3 (-0.1 to 0.8) 0.2 (-0.2 to 0.6)	200	Jul 2002	
Headache pain intensity (0-10) 1 week post-treatment (As above) 1 year post-treatment	SMT + exercise No treatment	0.8 (0.4 to 1.2) 0.6 (0.2 to 1.0)	200	Jul 2002	
Headache frequency (0-7 days/week) 1 week post-treatment (As above) 1 year post-treatment		0.7 (0.3 to 1.1) 0.7 (0.3 to 1.2)	200	Jul 2002	
Headache duration (0-24 hours/day) 1 week post-treatment (As above) 1 year post-treatment		0.5 (0.1 to 0.9) 0.5 (0.1 to 0.9)	200	Jul 2002	
Headache pain intensity (0-100) One week after 3 weeks of treatment	SMT Massage	0.6 (0.1 to 1.1)	54	Nilsson 1997	
Medication use (no. of pills/day) One week after 3 weeks of treatment		0.3 (-0.2 to 0.8)	54	Nilsson 1997	
Headache duration (0-24 hours/day) One week after 3 weeks of treatment		0.5 (0.0 to 1.0)	54	Nilsson 1997	
Headache pain intensity (0-100) End of 3 weeks of treatment	SMT Placebo SMT	2.2 (1.7 to 2.7)	105	Whittingham 1997	validity studies Nilsson 1997(Total validity % score 65)(Jadad3) Whittingham 1997(Total validity % score 54)(Jadad3)
Headache disability (0-5) End of 3 weeks of treatment		1.0 (0.6 to 1.5)	105	Whittingham 1997	
Number of headache locations na End of 3 weeks of treatment		1.1 (0.7 to 1.5)	105	Whittingham 1997	

Levels of evidence as used by Bronfort et al.¹⁷

The system evaluated the evidence taking into account:

- (a) type of comparison therapy;
- (b) methodological quality (validity scores);
- (c) the number of studies;
- (d) ES magnitude
- (e) statistical significance or ES confidence limits (95% confidence intervals).

Defined levels

- Strong: Two or more high-quality studies (VS = 50 or higher); evidence of superiority, inferiority, or similarity; and statistical significance or appropriate confidence limits.
- Moderate: One high-quality study (VS = 50 or higher); evidence of superiority, inferiority, or similarity; and statistical significance or appropriate confidence limits.
- Limited: At least one lower-quality study (VS < 50); evidence of superiority, inferiority, or similarity; and statistical significance or appropriate confidence limits.
- Preliminary: Study findings did not meet the criteria for strong, moderate, or limited because of considerations of statistical significance or confidence limits.

Astin & Ernst The effectiveness of spinal manipulation for the treatment of headache disorders: a systematic review of randomized clinical trials¹⁸

outcome	intervention vs comparison	sample size	based on studies	Author's conclusions	Remarks
Two studies compared spinal manipulation to drug therapy (amitriptyline); three trials attempted to employ a 'placebo' or sham condition (e.g. the use of low power laser treatment to the cervical spine); and, in two trials the control consisted of palpation or 'mobilization' (small oscillatory movements) without actual manipulation of the spine.	Seven trials tested the effectiveness of chiropractic spinal manipulation while one study (12) examined osteopathic manipulation. In most instances, spinal manipulation involved what the authors described as 'low-amplitude, high velocity thrusts'	Mean sample size across trials was 91 (overall n=760).	Bitterli 1977 Boline 1995 Bove 1998 Hoyt 1979 Nelson 1998 Nilsson 1997 Parker 1978 Tuchin 2000 Whittingham 1997	it is unclear from the findings of this systematic review whether or not spinal manipulation is an effective treatment for headache disorders. Methodological limitations coupled with the small number and considerable heterogeneity of the randomized trials were able to identify make it difficult to rule out nonspecific (placebo) factors as an explanation for the clinical improvements that were consistently observed across trials, irrespective of headache category.	all studies also included in bronfort et al.

Lenssinck et al. The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache: a systematic review¹⁹

outcome	intervention vs comparision	based on studies	Author's conclusions	Remarks
Headache pain severity, frequency, duration, improvement, analgesic use, activities of daily living, quality of life, functional health status, or patient satisfaction.	physiotherapy or (spinal) manipulation	(Ahonen et al., 1983, 1984; Boline et al., 1995; Bove and Nilsson, 1998; Carlsson et al., 1990a–c; Demirturk et al., 2002; Grunnet-Nilsson and Bove, 2000; Hanten et al., 1999; Hoyt et al., 1979; Wylie et al., 1997) (see Fig. 1). Carlsson et al. (1990a–c)	There is insufficient evidence to either support or refute the effectiveness of physiotherapy and (spinal) manipulation in patients with TTH.	focuses on fysiotherapie in general as well

Manual therapy for infants.**Husereau et al: Spinal Manipulation for Infantile Colic²⁰**

outcome	intervention	comparison intervention	rate outcome in intervention group	rate outcome in comparison group	relative effect	sample size	based on studies	Jadad	authors conclusions
Mean Duration of Daily Colic After two Week, Hours	All infants received [high velocity, low amplitude] chiropractic spinal manipulation	Control: counselling + prescribed medicine	0.13 (0.03 to 0.22)	2.7 (1.7 to 3.7)	only p value reported < 0.05	31	Koonin et al 2003	1	Despite the identification of four controlled clinical trials, there is no convincing evidence that spinal manipulation alone can affect the duration of infantile colic symptoms. The safety of spinal manipulation and its effect on sleep time, parental anxiety, number of colic diagnoses and quality of life could not be determined from the available evidence. More research must be conducted to adequately measure the safety and efficacy of spinal manipulation for the treatment of infantile colic.
?	spinal manipulation	Control: nonfunctional de-tuned ultrasound machine	NR	NR	NR	30	Mercer et al., 1999	1	
Mean Duration of Daily Colic After One Week, Hours	Dysfunctional articulations were manipulated and mobilized using light fingertip pressure	Control: counselling or clinical examination + sham manipulation every two to five days for eight days	3.1 (2.7 to 3.5)	3.1 (2.6 to 3.6)	p 0,982	100	Olafsdottir et al., 2001	2	
Mean change in Duration of Daily Colic After One Week, Hours	"...[Restricted] articulations manipulated or mobilised with specific light pressure with the fingertips	Control: counselling from a health visitor nurse + dimethicone daily for two weeks as indicated	2.7 (2.4 to 3.0)	1.0 (0.6 to 1.4)	p 0,0004	50	Wiberg et al.,1999	2	

Ernst et al Chiropractic spinal manipulation for infant colic: a systematic review of randomised clinical trials²¹

outcome	intervention	comparison intervention	rate outcome in intervention group	rate outcome in comparison group	relative effect	sample size	based on studies	Quality of the studies	authors conclusions
Mean Duration of Daily Colic After One Week, Hours	Dysfunctional articulations were manipulated and mobilized using light fingertip pressure	Control: counselling or clinical examination + sham manipulation every two to five days for eight days	3.1 (2.7 to 3.5)	3.1 (2.6 to 3.6)	p 0,982	100	Olafsdottir et al., 2001		the current evidence from RCTs does not show that chiropractic spinal manipulation is an effective treatment for infant colic. Further rigorous studies may be warranted.
Mean change in Duration of Daily Colic After One Week, Hours	"...[Restricted] articulations manipulated or mobilised with specific light pressure with the fingertips	Control: counselling from a health visitor nurse + dimethicone daily for two weeks as indicated	2.7 (2.4 to 3.0)	1.0 (0.6 to 1.4)	p 0,0004	50	Wiberg et al., 1999	No evaluator blinding, insufficient control of placebo effects	
Change of hours in crying	SMT appropriate for neonates, 2–3 times / week for 2 weeks	Occipitosacral decompression 2–3 times / week for 2 weeks	2.1 h / day	2.0 h / day (	no significant inter-group	48	Browning M, Miller, 2008	Comparison of two treatments of unknown effectiveness;	

Brand et al 2005 Systematisch literatuuronderzoek naar de effecten van behandeling bij zuigelingen met 'kopgewrichteninvloed bij storingen in de symmetrie' ('KISS-syndroom')²²

pooling of the studies Olafsdottir et al., 2001 and Wiberg et al., 1999 Results of pooling: reduction in hours of crying: 1,6 (2,5)0,7 (-1,6 to 2,2) Authors conclusions: no evidence of efficacy

Gotlib & Rupert: Chiropractic manipulation in pediatric health conditions – an updated systematic review²³

based on Olafsdottir et al., 2001 and Wiberg et al., 1999 , same conclusions as above.

Asthma**Hondras et al Manual therapy for asthma (Review)²⁴
manual therapy versus sham.**

outcome	relative effect	95% CI relative effect	sample size	based on studies	Remarks
Morning PEFR expressed as a percentage of baseline two months	2.10	-3.75, - 7.95	75	balon 1998	Authors conclusions
Morning PEFR expressed as a percentage of baseline four months	-0.70	-6.63, - 5.23	80	balon 1999	There is no evidence from two trials, one in adults and one in children, to support the use of spinal manipulative therapy for patients with asthma. Although results of these trials demonstrated improvements in outcomes for all patients who received hands-on manual therapy, these improvements were not clinically important, and no statistical differences were found between treatment groups.
evening PEFR expressed as a percentage of baseline two months	-0.30	-5.40, - 4.80	75	balon 1998	
Evening PEFR expressed as a percentage of baseline four months	-0.50	-5.84, - 4.84	80	balon 1998	
3 Days with morning PEFR less than 85% of the baseline value	-2.90	-10.96, - 5.16	80	balon 1999	
4 FEV1 (litres) 1 month change from baseline	-0.04	-0.38, - 0.30	31	nielsen 1995	
4 FEV1 (litres)é month change from baseline	-0.29	-0.61, - 0.03	79	balon 1998	
4 FEV1 (litres) " month change from baseline	-0.28	-0.60, - 0.04	80	balon 1999	
Non-specific bronchial hyper-reactivity (log PC20) at one month	0.15	-0.33, - 0.63	31	nielsen 1995	
Non-specific bronchial hyper-reactivity (log PC20) at 4 month	0.21	-0.72, - 1.14	80	balon 1998	
6 FVC at one month (change from baseline)	0.01	-0.33, - 0.35	31	nielsen 1995	
7 Use of short term ('rescue') bronchodilator medication use	-1.06	-4.15, - 2.03	31	nielsen 1995	quality of the evidence
Self-rated asthma severity (VAS, change from baseline)	2.53	-7.13, - 12.19	31	nielsen 1995	Balon: Jadad scale: 2-1-1 IV scale: 1-1-1-1-1-1
Global quality of life (Pediatric AQLQ) at two months	0.30	-0.09, - 0.69	76	balon 1998	Nielsen: Jadad scale: 2-1-0 IV scale: 1-0-0.5-0.5-1-0.5
Global quality of life (Pediatric AQLQ) at four months	0.31	-0.12, - 0.74	78	balon 1999	

Ernst et al , ²⁵ identifies the same studies and comes to the same conclusions.

Balon et al,²⁶ and Gotlib et al²³ reach the same conclusions as well.

Pneumonia**Yang et al. (Cochrane) Chest physiotherapy for pneumonia in adults²⁷**

authors conclusions	effect measure	relative effect (95% CI)		based on studies	authors conclusions
1 Mortality	Risk Ratio (M-H, Fixed, 95% CI	0.27	0.05 - 1.57	Noll 1999	no evidence of a beneficial effect
2 Cure rate	Risk Ratio (M-H, Fixed, 95% CI	1.54	0.97 - 2.46	Noll 2000	
3 Duration of hospital stay	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI	-2.02	-3.46 - -0.58		
4 Duration of fever	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI	Totals not selected			
5 Rate of improvement of chest Xray	Risk Ratio (M-H, Fixed, 95% CI	1.16	0.77 - 1.73		
6 Duration of oral antibiotic therapy	Mean Difference (IV, Random, 95% CI	0.97	-1.25 - 3.20		
7 Duration of intervenous therapy	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI	-2.11	-3.36 - -0.87		

Dysmenorrhea**Proctor et al. Spinal manipulation for dysmenorrhoea (Review)28**

Outcome	intervention	comparison intervention	relative effect (95% CI)		sample size	based on studies	Author conclusions
Pain intensity (10cm VAS)	HVLA	sham treatment	-1.41	-2.55, - -0.27	44	Kokjohn 1992	No evidence of effectiveness
Change in pain intensity from baseline - 100mm VAS	HVLA	sham treatment	2.08	-3.20, - 7.36	137	Hondras 1999	
adverse effects	HVLA	sham treatment	1,5	-		Hondras 2000	
Pain intensity (10cm VAS) at 3 months	Toftness technique	sham	2.20	1.38, - 3.02	26	Snyder 1996	
Pain intensity (10cm VAS) at six months	Toftness technique	sham	-1.40	-2.21, - -0.59	26	Snyder 1996	

Enuresis**Glazener (cochrane) Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children (Review)29**

outcome	intervention	comparison intervention	rate outcome in intervention group	rate outcome in comparison group	relative effect (95 CI)	based on studies	comments
difference in number of wet nights	chiropractic manipulation	waiting list control	from 6 to 5.5	from 4.8 to 5		Leboeuf 1991	low quality no standard deviations reported
Failure to improve	chiropractic manipulation	sham	23/31 15/15 0.76 [0.60, 0.95]	15/15 0.76 [0.60, 0.95]	0.76 [0.60, 0.95]	Reed 1994	low quality unequal baseline indicating problems in randomisation

Chronic fatigue

Bagnal et al; The effectiveness of interventions used in the treatment/management of chronic fatigue syndrome and/or myalgic encephalomyelitis in adults and children³⁰

This review identified one controlled trial of low validity on osteopathic treatment, providing no evidence of effectiveness.

Fibromyalgia**Ernst et al; Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review³¹**

outcome	intervention	Relative effect	Based on studies	quality of the evidence	comments	authors conclusions
pain reduction, trigger points range of motion	various chiropractic spinal manipulations	No significant differences found	Blunt (1997) Tyers (2001) Wise (2002) Panton (2009)	2 1 1 2	Jadad, all studies judged of poor quality	No evidence

Schneider et al; Chiropractic treatment for fibromyalgia syndrome: a systematic review of the literature³²

outcome	intervention	Relative effect	Based on studies	quality of the evidence	comments	authors conclusions
pain relief	spinal manipulation	no effects reported	Blunt (1997) Tyers (2001) Wise (2002) Lo (1992)	1+/2b 1-/3b 1+/b 1-/3b	SIGN/oxford rating case serie Case serie, only studie specifically on osteopathy	Only limited evidence in support of spinal manipulation

Schiltewolf et al: Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie und physikalische Therapie beim Fibromyalgiesyndrom³³

outcome	intervention	Relative effect	Based on studies	quality of the evidence	comments	authors conclusions
pain relief	chiropractic and osteopathic manipulations	No effects reported	Blunt (1997) Gamber (2002)	2b	oxford level of evidence	Only limited evidence in support of spinal manipulation

Myofascial trigger point pain**Vernon & Schneider Chiropractic treatment for fibromyalgia syndrome and myofascial trigger point pain: a systematic review of the literature³⁴**

outcome	intervention	comparison intervention	based on studies	quality of the evidence	authors conclusion
pain (VAS) Disability	manual therapies	divers	Terret and Vernon 1986 Jaeger and Reeves 1986 Greene et al 1990 Vernon et al 1992 Hong et al 1993 Cote et al 1994 Hanten et al 1997 Gam et al 1998 Hanten et al 2000 Dardzinski et al 2000 Hou et al 2002 Fryer and Hodgson 2005 Fernandez-de-las Penas et al 2006 Atienza Meseguer et al 2006	(2b) (1b) (1b) (2b) (1b) (2b) (1b) (1b) (1b) (1b) (1b) (1b) (1b) (1b)	Rating B: short-term relief There is moderately strong evidence to support the use of some manual therapies (manipulation, ischemic pressure) in providing immediate relief of pain at MTrPs. Rating C: long-term relief There is limited evidence to support the use of some manual therapies in providing long-term relief of pain at MTrPs. Oxford score

Rickards The effectiveness of non-invasive treatments for active myofascial trigger point pain: A systematic review of the literature³⁵

outcome	intervention	comparison intervention	based on studies	quality of the evidence	authors conclusion
pain (VAS) Disability	manual therapies	divers	Hou et al Hanten et al Gam et al Chatchawan et al Fernandez de la Penas et al	23 69 67 55 70 Bronfort validity score	Due to the heterogeneity of trials examining physical and manual therapies the current evidence did not exceed the moderate level. Further, most of these trials examined multimodal treatment programs, so the presence of positive effects cannot be attributed to a particular approach. The four higher quality trials ^{55,67,69,70} examining manual techniques suggest that such approaches may be effective, however, no conclusions regarding medium to long-term effectiveness can be drawn. Additionally, effectiveness beyond placebo is neither supported nor refuted"

Brantingham et al. Manipulative therapy for lower extremity conditions: expansion of literature review 2009³⁶

outcome	intervention/ comparison	based on studies	quality of the evidence (Sign)	authors conclusions
Diverse outcomes	Diverse manipulative treatments / other treatments	Hoeksma et al 2004 Brantingham et al 2003 Deyle et al 2000 Deyle et al 2005 Tucker et al 2003 Moss et al 2007 Bennell et al 2005 Hillerman et al 2006 Drover et al 2004 Crossley et al 2002 Suter et al 1999 Rowlands and Brantingham 1999 Stakes et al 2006 Taylor and Brantingham 2003 Pellow and Brantingham 2001 Green et al 2001 Coetzer et al 2001 Eisenhart et al 2003 Collins et al 2004 Vicenzino et al 2006 Lopez-Rodriguez et al 2007 Kohne et al 2007 Dimou et al 2004 Petersen et al 2003 Govender et al 2007 Shamus et al 2004 Brantingham et al 2005	++ + ++ ++ + + + - - ++ ++ + + + + + + + ++ + + + + - + + +	There is a level of C or limited evidence for manipulative therapy combined with multimodal or exercise therapy for hip osteoarthritis. There is a level of B or fair evidence for manipulative therapy of the knee and/or full kinetic chain, and of the ankle and/or foot, combined with multimodal or exercise therapy for knee osteoarthritis, patellofemoral pain syndrome, and ankle inversion sprain. There is also a level of C or limited evidence for manipulative therapy of the ankle and/or foot combined with multimodal or exercise therapy for plantar fasciitis, metatarsalgia, and hallux limitus/rigidus. There is also a level of I or insufficient evidence for manipulative therapy of the ankle and/or foot combined with multimodal or exercise therapy for hallux abducto valgus.

3 PRODUCTIONS DU DEBATGRAPH

debategraph
the global debate map

What is osteopathy in Belgium? [Map home](#)

Signout Update profile Personal map

Details Context Stream Finder Community Help

What is osteopathy in Belgium? Map #65173

Welcome to the DebateGraph session on Osteopathy in Belgium!

Please choose your language :

[French](#)
[Dutch](#)

Edit Details Non-ratable element Details view

Show >> Citations 0 Comments 0 Edits 13 Info << Hide

Edit Delete Bookmark Share + Change view

Add newidea Discuss Move an idea Cross-link Cite Newmap

Howdo I? Check out the Help tab

Quick guide >

3.1 PAGE D'ACCUEIL DE LA SESSION DU DG CONSACRÉE À L'OSTÉOPATHIE EN BELGIQUE:

3.1.1 Par thématiques

What is osteopathy in Belgium?

Welcome to the DebateGraph session on Osteopathy in Belgium!

↑
Arises from (2)

Wich access to the profession .

Wat zijn de criteria tot erkenning en uitoefening van het beroep en dit in relatie met de overheid en andere gezondheidsberoepen.

↑
Responds to

Future osteopaths

Toekomstige osteopaten dienen de gestelde eindtermen te behalen, welke gedetailleerd weergegeven zijn in een beroepscompetentieprofiel. De overheid hanteert dit profiel, dat het minimum aantal ECTS punten, klokuren en competenties oplegt, zodat de patientenveiligheid gegarandeerd wordt.

↑
Responds to

Non Professional osteopaths

Osteopaten die combineren met andere beroepen zijn geen professionele osteopaten. De uitoefening van het beroep en het gebruik van de titel horen toe tot de professionele osteopaat die zich enkel in het beroep van de osteopathie profileert. Dit om kwaliteit te kunnen garanderen naar de patiënt.

↑
Responds to

Professional osteopaths

Er moet een regeling zijn voor de huidige professionele osteopaten die aan de normen voor osteopathie onderwijs niet voldoen. Er moet een overgangsmaatregel voorzien worden in functie van de eventuele tekortkomingen, die rekening houdt met het diploma, de ervaring en de post graduate vorming.

↑
Arises from (1)

patient's safety

Welke zekerheid voor de patiënt (bekwaamheid en opleiding, kwaliteitscontrole, beoepsaansprakelijkheid) - Quelle garantie pour le patient (compétence et formation, contrôle de qualité, responsabilité professionnelle) -

↑
Arises from

professional responsibility

quelle est la garantie pour le patient en cas de faute professionnelle ou d'aléas thérapeutique? - Welke garantie bestaat voor de patiënt in geval van beroepsfout ou van therapeutische schade?

↑
Arises from

quality control of the education

quel contrôle de la qualité de la formation? Welke controle over de kwaliteit van de opleiding?

↑
Arises from

School inspection

De kwaliteit van de opleiding wordt gecontroleerd door een onafhankelijke visitatiecommissie. Conform de NVAO in

		Vlaanderen die elke erkende opleiding visiteert. Deze controleert ze voldoet aan de minimumvereisten (beroepscomp.prof.) (minimum aantal stageuren, thesis, ECTS punten, klokuren,...).
↑ Arises from	↑ Arises from	quality control of the professional therapist Quel système de contrôle de la qualité des prestations? suivi de plaintes? inspections? évaluation par les pairs?
↑ Arises from		about the debate Informations sur le déroulement du débat
↑ Arises from (1)	↑ Arises from (1)	moderator's presence planning des présences des modérateurs entre le 15/6 et le 15/8 / aanwezigheidsperiodes van de moderators tussen de 15/6 en de 15/8
↑ Takes position (6)	↑ Takes position (6)	charte voici la charte précisant le fonctionnement du debatgraph / hier vindt u de charter voor deelname aan Debatgraph rond osteopathie
↑ Arises from	↑ Arises from	competence profile comment définir un profil de compétence?
↑ Arises from (9)	↑ Arises from (9)	Which Competence profile to use? There are 2 proposed competence profiles. The one in Belgium and the one in the Netherlands.
↑ Arises from (5)	↑ Arises from (5)	Professional competence profile Netherlands. This is the subdivision to discuss the competence profile of the Netherlands submitted by the NRO and approved by all professional councils in the Netherlands as by the government of the Netherlands.
↑ Arises from (9)	↑ Arises from (9)	BCP Netherlands. Dit is het beroepscompetentieprofiel gebruikt door de NRO en de Nederlandse overheid om de osteopathie in Nederland te definiëren en organiseren.
↑ Arises from (3)	↑ Arises from (3)	Professional Competence Profile Belgium This is the subdivision to discuss the competence profile of Belgium.
↑ Arises from	↑ Arises from	Restricted competences are not a representation of the BE osteopathy Het BCP BE beschrijft niet wat de de Belgische osteopaat vandaag de dag uitvoert. Het BCP BE beschrijft enkel gedeeltelijk wat de medische wereld als acceptabele definitie van de osteopathie zou aanvaarden. Het is dus geen antwoord op de vraag: wat is osteopathie in België.
↑ Responds to	↑ Responds to	De Belgische osteopaat is Amerikaans? Het BCP BE maakt een vergelijking met de Amerikaanse osteopathie. Waar wordt het (wereldse) verschil tussen de EU en US gestipuleerd in dit document?
↑ Responds to	↑ Responds to	Pre puberty adolocene is a rel. contra - indication? Het BCP BE zegt dat een pre pubertaire patiënt een relatieve contra - indicatie is voor behandeling bij een Belgische osteopaat. Nochtans behandelen vele osteopaten dagelijks deze patiënten.
↑ Arises from (2)	↑ Arises from (2)	Education Quels sont les critères d'enseignement?
↑ Arises	↑ Arises	Deontology No longer summary text added yet

↑ Arises from	↑ Arises from	guidelines No longer summary text added yet
↑ Arises from	↑ Arises from	Indications et contre-indications No longer summary text added yet
↑ Responds to (1)	↑ Responds to (1)	Competences should be restricted La compétence des ostéopathes doit être restreinte à l'action sur l'appareil locomoteur et ne peut poser de diagnostics (en première intention) (selon l'Académie Royale de Médecine de Belgique)
↑ Is part of	↑ Is part of	Competences should be described as used and learned by prof. osteopaths Er is een gebrek aan een competentie beschrijving zoals deze door de professionele osteopaten van België wordt uitgeoefend. Het volstaat niet dat een opleiding zichzelf met 1 jaar osteopathie na 5 jaar kinesitherapie opleiding uitroept tot osteopathie referentie in België.
↑ Opposes	↑ Opposes	Osteopathie is geen specialisatie van kinesitherapie Ieder vorm van onderwijs die osteopathie reduceert tot een specialisme van kinesitherapie is een leuk marketing concept maar geen opleiding osteopathie. Temeer osteopathie zijn fundament in de geneeskunde vindt.
↑ Arises from	↑ Arises from	Financial regulations Het betreft de terugbetaling van de verschillende mutualiteiten en de richtlijnen betreffende de tarieven - Il s'agit du remboursement des différents mutualités et les conditions de tarifs.
↑ Arises from	↑ Arises from	Osteopathie als luxe-geneeskunde. Er zal toch een poging moeten gedaan worden om de osteopathie betaalbaar te houden voor iedereen. De gezondheidsenquête van de overheid van 2004 en 2008 liegen er niet om. De mensen die een osteopaat consulteren zijn overwegend van een hogere inkomensklasse.
↑ Arises from	↑ Arises from	Tarification agreement Voor gebruikers van osteopathie is het belangrijk om tariefduidelijkheid te hebben. Tariefafspraken zou heel wat duidelijkheid creëren.
↑ Arises from	↑ Arises from	Time related problem Niet alle osteopaten werken even lang per consultatie. Het is dus moeilijk om een vast tarief te definiëren. Dit werkt het 'bandwerk' in de hand zoals dat gekend is bij de geneesheren specialisten in ziekenhuizen.
↑ Responds to	↑ Responds to	Free fee L'ostéopathe décide lui-même de ses honoraires. Ils devront être affichés dans le cabinet de consultation. Il donnera toujours les explications à son patient au sujet des honoraires, si celui-ci le lui demande.
↑ Responds to	↑ Responds to	Richttarieven met redelijke terugbetaling. Er kunnen richtlijnen voor tarieven afgesproken worden. De terugbetaling van de behandeling is een procentueel bedrag van dit afgesproken bedrag. Vraagt de osteopaat meer of minder dan is dit respectievelijk in het nadeel of voordeel van de patiënt.
↑ Arises from	↑ Arises from	specificity of osteopathic medicine. How does osteopathy distinguishes itself from manual therapy, chiropractic therapy and regular medicine in general
↑ Arises from (1)	↑ Arises from (1)	Manipulation ? Le terme de "manipulation" qui est central dans l'ostéopathie fait l'objet d'une grande diversité de significations...

		De term "manipulatie" , die centraal staat in de osteopathie, heeft een verscheidenheid aan betekenissen...
↑ Arises from		Cranial manipulation ? Quelle place possède la manipulation du crâne dans la médecine ostéopathique ? Welke plaats neemt de craniale manipulatie in in de osteopathie?
	↑ Responds to	No evidence of efficacy "Personal perception of clinical success is a very unreliable indicator of clinical efficacy"...
	↑ Responds to	Not to discard ! "Osteopathic research must aim to test the reality of clinical practice, not test the validity of a model".
↑ Arises from		Research ? Quelle forme pourrait prendre la recherche en ostéopathie ?
	↑ Responds to	Research is crucial... ... for the development of osteopathy as a profession.
↑ Arises from		what makes an osteopathic treatment or diagnosis osteopathic How does the osteopathic philosophy affect daily practice and makes that a thing like osteopathic manipulations differ from other forms manual manipulations
	↑ Arises from (1.5)	How can we evaluate this in a scientific way ? No longer summary text added yet
	↑ Responds to	the unique philosophy of rev. Stills. Osteopathy may distinguish itself from the rest thanks to its unique philosophy going back to their founding father, unfortunately it is difficult for a scientist to say something about the validity of this.

4 TABLEAUX DE RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE POPULATION

Tableau 1 : recours à des médecines alternatives au moins une fois durant toute la vie

	N	Fréquence
recours aux médecines alternatives	673	33,7%
pas de recours aux médecines alternatives	1313	65,7%
sans réponse	14	0,6%
Total	2000	100,0%

Tableau 2 : recours à des médecines alternatives au moins une fois durant les 12 derniers mois

	N	Fréquence
recours aux médecines alternatives	242	14,9%
pas de recours aux médecines alternatives	1380	85,1%
Total	1622	100,0%

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 3 : recours à des médecines alternatives au moins une fois durant les 12 derniers mois selon le niveau d'étude

	Recours aux médecines alternatives		pas de recours aux médecines alternatives		Total	
	N	%	N	%	N	%
High School or University	78	18,6	342	81,4	420	100,0
Secondary superior	81	14,7	468	85,3	549	100,0
Secondary inferior	45	15,4	246	84,6	291	100,0
Primary school or without diploma	39	10,6	323	89,4	362	100,0
Total	242	14,9	1380	85,1	1622	100,0

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête ; redressé par le niveau d'éducation

Khi2=9,76 ddl=3 p=0,021 (Significatif)

Tableau 4 : recours à des médecines alternatives au moins une fois durant les 12 derniers mois selon l'âge

	Recours aux médecines alternatives		pas de recours aux médecines alternatives		Total	
	N	%	N	%	N	%
01 - 18-24	20	14,6	118	85,4	138	100,0
02 - 25-34	34	14,9	197	85,1	231	100,0
03 - 35-44	54	18,5	238	81,5	292	100,0
04 - 45-54	52	17,6	241	82,4	293	100,0
05 - 55-64	35	14,2	213	85,8	248	100,0
06 - 65-74	27	13,2	175	86,8	202	100,0
07 - >=75 ans	20	9,2	198	90,8	218	100,0
Total	242	14,9	1380	85,1	1622	100,0

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête ; redressé par le niveau d'éducation

Khi2=10,9 ddl=6 p=0,092 (Assez significatif)

Tableau 5 : recours à des médecines alternatives au moins une fois durant les 12 derniers mois selon l'âge

	Recours aux médecines alternatives		pas de recours aux médecines alternatives		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hommes	107	14,3	644	85,7	752	100,0
Femmes	135	15,5	736	84,5	871	100,0
Total	242	14,9	1380	85,1	1622	100,0

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête ; redressé par le niveau d'éducation

Khi2=0,39 ddl=1 p=0,54 (Peu significatif)

Tableau 6 : Pourquoi 65% des répondants n'ont jamais eu recours aux médecines alternatives ?

	N	Fréquence
ne connaît pas	439	33,8%
pas confiance	334	25,7%
pas besoin	239	18,4%
trop cher	158	12,2%
autre	56	4,3%
déconseillé par son médecin	50	3,9%
trop loin	21	1,7%
Total	1297	100%

Population : répondants n'ayant jamais recouru aux médecines alternatives ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 7 : Fréquence du recours aux médecines alternatives

Type de thérapeute	Visité ces 12 derniers mois (%)	Visité une seule fois ces 12 derniers mois (%)	Visité plus d'une fois ces 12 derniers mois (%)
Ostéopathe	6,7	1,5	5,2
Homéopathe	5,6	1,5	4,1
Acuponcteur	2,7	0,7	2
Autre thérapeute alternatif	2,5	0,7	1,8
Chiropracteur	2,2	0,8	1,4
Physio/herbaliste	1,4	0,6	0,9

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 8 : Pour quelles raisons médicales recourt-on aux médecines alternatives ?

	N	Fréquence
01 Problème de dos	112	46,7%
06 Douleurs au cou	62	25,8%
03 Fatigue	31	12,9%
05 Maux de tête	30	12,5%
04 Arthrite	17	7,1%
12 Problèmes digestifs	17	7,1%
09 Insomnie	15	6,3%
14 Angoisses	15	6,3%
02 Allergies	13	5,4%
13 Dépression	11	4,6%
15 Autre	11	4,6%
08 Entorse ou foulure	10	4,2%
07 Pression sanguine élevée	9	3,8%
11 Problèmes de peau	2	0,8%
10 Problèmes au niveau des poumons (respiratoires)	2	0,8%

Interrogés : 2000 / Répondants : 240 / Réponses : 357

Pourcentages calculés sur la base des répondants

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête et ayant eu recours aux médecines alternatives durant ces 12 derniers mois ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 9 : Pour quelle raison médicale recourt-on à l'une des 4 médecines alternatives à l'étude?

Khi2=19,8 ddl=56 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 67)

	homeo_yes			acup_yes			otheralt_yes			chiro_yes			osteo_yes			Total		
	Eff.	%C	%L	Eff.	%C	%L	Eff.	%C	%L	Eff.	%C	%L	Eff.	%C	%L	Eff.	%C	%L
01 Problème de dos	17	31,4	18,8	13	45,8	13,9	18	45,9	18,9	12	70,7	13,4	32	47,4	35,0	93	44,6	100,0
02 Allergies	6	11,0	70,2	1	3,0	9,6							2	2,6	20,2	9	4,2	100,0
03 Fatigue	5	9,4	37,8	1	3,0	6,1	3	8,8	24,4				4	6,4	31,7	14	6,6	100,0
04 Arthrite	3	5,8	45,1	2	5,5	21,6							2	3,5	33,3	7	3,4	100,0
05 Maux de tête	4	7,2	27,1	3	9,8	18,7	4	10,5	27,1	2	8,8	10,4	2	3,6	16,7	15	7,1	100,0
06 Douleurs au cou	8	13,6	21,4	3	12,0	9,6	8	20,9	22,6	2	10,5	5,2	15	21,3	41,3	35	17,0	100,0
07 Pression sanguine élevée	1	1,7	20,4				1	2,2	18,6	1	5,2	20,4	2	2,7	40,7	5	2,2	100,0
08 Entorse ou foulure	2	2,8	18,9	2	8,7	30,2							4	6,1	50,9	8	3,9	100,0
09 Insomnie	1	1,9	50,0	1	3,7	50,0										2	1,0	100,0
10 Problèmes au niveau des poumons (respiratoires)																		
11 Problèmes de peau	1	1,5	100,0													1	0,4	100,0
12 Problèmes digestifs	4	6,9	40,7	1	3,0	8,9	2	5,1	20,8				3	4,1	29,7	9	4,5	100,0
13 Dépression	2	3,7	55,3				2	4,4	44,7							4	1,8	100,0
14 Angoisses													1	1,2	100,0	1	0,4	100,0
15 Autre	2	3,0	29,3	2	5,5	26,8	1	2,2	14,6	1	4,8	14,6	1	1,2	14,6	6	2,8	100,0
Total	55	100,0	26,7	28	100,0	13,5	38	100,0	18,4	18	100,0	8,5	68	100,0	32,9	208	100,0	100,0

Population : répondants ayant mentionné un seul problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête et ayant eu recours aux médecines alternatives durant ces 12 derniers mois ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 10 : recours différencié au médecin et/ou au thérapeute alternatif

	Recours au thérapeute alternatif durant ces 12 derniers mois		Pas de recours		Total	
	N	%	N	%	N	%
Recours au médecin durant ces 12 derniers mois	212	87,4	864	62,6	1075	66,3
Pas de recours	31	12,6	517	37,4	547	33,7
Total	242	100,0	1380	100,0	1622	100,0

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête ; redressé par le niveau d'éducation
 $\chi^2=55,8$ ddl=1 $p=0,001$ (Très significatif)

Tableau 11 : recours différencié au médecin et/ou au thérapeute alternatif selon les raisons médicales

Recours au thérapeute alternatif pour le problème																
Recours au médecin pour le problème	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	Total
01	93	2	8	9	6	19		4	6	1		3	1	4	3	158
02	5	7	2	1	2	2		1	1					1		21
03	16	3	22	2	7	6		2	6			3	1	3	2	71
04	6	1	1	15	1	2	1									27
05	6	1	8	1	23	8			4			3	1	2	1	56
06	22		3	3	6	49	1	1	1				1	2		89
07	9	2	3	3	2	5	7		2			1	2	3	2	38
08	4	1	2			1		9				1		2	1	20
09	9		6		5	4	2		12				2	2		41
10	3		1		1	3				1	1	1				10
11	1				1						2					4
12	9	1	3	2	3	2	1	2	1	1		13		1	2	41
13	4		2			3	2		2				11	6		29
14	6	1	4	2	2	2	2	2	3				7	15	2	48
15	5		2		1	1		1				2		3	10	24
Total	197	18	64	38	58	106	14	21	37	3	3	25	26	44	22	676

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête ; redressé par le niveau d'éducation
 $\chi^2=805,3$ ddl=196 $p=0,001$ (Val. théoriques < 5 = 189)

01 Problème de dos	09 Insomnie
02 Allergies	10 Problèmes au niveau des poumons (respiratoires)
03 Fatigue	11 Problèmes de peau
04 Arthrite	12 Problèmes digestifs
05 Maux de tête	13 Dépression
06 Douleurs au cou	14 Angoisses
07 Pression sanguine élevée	15 Autre
08 Entorse ou foulure	

Tableau 12 : confiance totale dans le thérapeute consulté le plus régulièrement selon qu'il est médecin généraliste/spécialiste ou médecin alternatif

Confiance totale	likely to agree or agree MEDALT		likely to disagree or disagree MEDALT		Total	
	N	%	N	%	N	%
disagree or likely to disagree MEDGEN/SPE	31	4,6	14	2,0	45	6,6
Agree or likely to agree MEDGEN/SPE	579	85,2	56	8,2	634	93,4
Total	610	89,8	69	10,2	679	100,0

Population : répondants ayant eu recours à des médecines alternatives au moins une fois durant toute leur vie (pour eux-mêmes ou leur enfant); redressé par le niveau d'éducation
 $\chi^2=17,7$ ddl=1 $p=0,001$ (Val. théoriques $< 5 = 1$)

Tableau 13 : compréhension des réponses données par le thérapeute à des questions importantes posées par le patient sur son état de santé selon que le thérapeute est médecin généraliste/spécialiste ou médecin alternatif

Compréhension des réponses données	likely to agree or agree MEDALT		likely to disagree or disagree MEDALT		Total	
	N	%	N	%	N	%
disagree or likely to disagree MEDGEN/SPE	19	2,9	10	1,4	29	4,3
agree or likely to agree MEDGEN/SPE	619	91,1	31	4,6	650	95,7
Total	639	94,0	41	6,0	679	100,0

Population : répondants ayant eu recours à des médecines alternatives au moins une fois durant toute leur vie (pour eux-mêmes ou leur enfant); redressé par le niveau d'éducation
 $\chi^2=28,2$ ddl=1 $p=0,001$ (Val. théoriques $< 5 = 1$)

Tableau 14 : Satisfaction par rapport aux soins reçus lors de la dernière visite selon que le thérapeute est médecin généraliste/spécialiste ou médecin alternatif

$\chi^2=7,68$ ddl=1 $p=0,006$ (Val. théoriques $< 5 = 1$)

Satisfaction par rapport aux soins reçus	likely to agree or agree MEDALT		likely to disagree or disagree MEDALT		Total	
	N	%	N	%	N	%
disagree or likely to disagree MEDGEN/SPE	25	3,6	10	1,5	35	5,1
agree or likely to agree MEDGEN/SPE	576	84,0	74	10,8	651	94,9
Total	601	87,6	85	12,4	686	100,0

Population : répondants ayant eu recours à des médecines alternatives au moins une fois durant toute leur vie (pour eux-mêmes ou leur enfant); redressé par le niveau d'éducation

Tableau 15 : Quel est le montant dépensé par le patient lors d'une consultation chez un thérapeute alternatif ?

	N	Fréquence
Ne sait pas	186	27,7%
moins de 25 €	106	15,8%
entre 25 € et 50 €	294	43,8%
entre 50 € et 75 €	59	8,8%
entre 75 € et 100 €	10	1,5%
plus de 100 €	16	2,4%
Total	671	100,0%

Population : répondants ayant eu recours à des médecines alternatives au moins une fois durant toute leur vie; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 16 : Remboursement par une assurance

	N	Fréquence
Oui	241	35,9%
Non	360	53,6%
Ne sait pas	71	10,5%
Total	672	100,0%

Population : répondants ayant eu recours à des médecines alternatives au moins une fois durant toute leur vie; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 17 : Quelle est la fréquence de consultation d'un ostéopathe ?

	N	Fréquence
01 Oui une seule fois	25	22,9%
02 Oui plusieurs fois	84	77,1%
Total	109	100,0%

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête et ayant consulté un ostéopathe pour ces mêmes problèmes ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 18 : Consultation exclusive d'un ostéopathe et consultation d'un ostéopathe combinée avec d'autres thérapeutes alternatifs

	N	Fréquence
osteo/	52	47,7%
osteo + others	57	52,3%
Total	109	100,0%

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête et ayant consulté un ostéopathe pour ces mêmes problèmes ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 19 : La formation initiale de l'ostéopathe est-elle connue par les patients?

	N	Fréquence
01 Médecin généraliste	7	17,7
02 Médecin spécialiste	11	27,0
03 Physiothérapeute/kinésithérapeute	12	30,8
04 Infirmière	1	2,3
05 Autre	9	22,2
Total	40	100,0

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête et ayant consulté uniquement un ostéopathe pour ces mêmes problèmes ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 20 : Quelle est la fréquence de consultation d'un chiropracteur ?

	N	Fréquence
01 Oui une seule fois	13	37%
02 Oui plusieurs fois	22	63%
Total	35	100,0%

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête et ayant consulté un chiropracteur pour ces mêmes problèmes ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 21 : consultation exclusive ou non du chiropracteur

	N	Fréquence
chiro/	8	21%
chiro + other alt	30	79%
Total	38	100,0%

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête et ayant consulté un chiropracteur pour ces mêmes problèmes ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 22 : Combien coûte une consultation chez un ostéopathe ?

	N	Fréquence
00 Ne sait pas	4	7,7%
01 moins de 25 €	4	7,7%
02 entre 25 € et 50 €	36	69,2%
03 entre 50 € et 75 €	6	11,5%
04 entre 75 € et 100 €		
05 plus de 100 €	2	3,8%
Total	52	100,0%

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête et ayant consulté uniquement un ostéopathe pour ces mêmes problèmes ; redressé par le niveau d'éducation

Tableau 23 : Remboursement d'une consultation d'ostéopathie par une assurance

	N	Fréquence
Oui	30	57,7%
Non	19	36,5%
Ne sait pas	3	5,8%
Total	52	100,0%

Population : répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête et ayant consulté uniquement un ostéopathe pour ces mêmes problèmes ; redressé par le niveau d'éducation

5 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN

5.1 USAGERS ET PRATICIENS : DONNÉES DESCRIPTIVES

Les résultats de la section sociologique sont issus d'entretiens réalisés auprès d'une quarantaine (N = 38) d'usagers (n = 17) et de praticiens (n = 21) de l'ostéopathie et de la chiropraxie, au sujet desquels nous fournissons ici quelques informations identificatoires jugées pertinentes.

5.1.1 Les usagers

Les usagers francophones et néerlandophones que nous avons interviewés ont été sélectionnés en fonction de leur recours régulier (plus d'une fois par an) et 'ancien' (depuis au moins cinq ans) à l'ostéopathie. Ils ont entre trente et cinquante-huit ans. Tous ont un niveau d'enseignement dépassant le secondaire supérieur, et sont presque tous actifs professionnellement. Notre 'échantillon' est composé d'une majorité de femmes, dont à peu près la moitié a des enfants.

Tableau 1: Usagers

Usagers ostéo.	Langue	Sexe	Tranche d'âge	Profession	Domicile (province)
1	FR	F	20-30	Kinésithérapeute	Bruxelles/Luxembourg
2	FR	F	30-40	Danseuse prof.	Bruxelles
3	FR	F	30-40	Thérapeute en shiatsu	Brabant Wallon
4	FR	M	30-40	Fonctionnaire	Bruxelles
5	FR	F	30-40	Chercheuse	Bruxelles
6	FR	F	50-60	Employée	Namur
7	FR	F	30-40	Employée	Bruxelles
8	NL	F	50-60	Femme au foyer	Limbourg
9	NL	F	30-40	Secrétaire	Brabant Flamand
10	NL	F	50-60	Secrétaire	Brabant Flamand
11	NL	F	40-50	Enseignante	Limbourg
12	NL	F	60-70	Pensionnée	Brabant Flamand
Usagers chiro.					
1	FR	M	40-50	Employé	Bruxelles
2	FR	M	40-50	Editeur	Bruxelles
3	FR	F	30-40	Chercheuse	Bruxelles
4	NL	F	50-60	Pensionnée	Brabant Flamand
5	NL	M	20-30	Chercheur	Flandre occidentale
N = 17	10 FR / 7 NL	13 F / 4 M			

5.1.2 Les praticiens

Notre 'échantillon' de praticiens est, par contre, majoritairement composé d'hommes (sept hommes pour trois femmes). Ils exercent dans différentes provinces de Belgique. Certains exercent l'ostéopathie depuis plusieurs décennies, alors que d'autres depuis quelques années seulement.

Table 2 : Praticiens

Praticiens	Langue	Sexe	Décennie d'obtention du diplôme	Lieu d'activité (province)
Ostéopathes				
1	FR	M	1960-1970	Brabant Wallon
2	FR	M	1980-1990	Bruxelles
3	FR	M	1960-1970	Brabant flamand
4	FR	F	2000-2010	Brabant Wallon / Bruxelles
5	FR	M	2000-2010	Luxembourg
6	NL	M	1980-1990	Flandre occidentale
7	NL	F	2000-2010	Brabant Flamand
8	NL	M	2000-2010	Limbourg
9	NL	F	1980-1990	Brabant Flamand
10	NL	M	1990-2000	Flandre occidentale
Chiropracteurs				
1	FR	M	1970-1980	Bruxelles
2	FR	F	1980-1990	Bruxelles
3	FR	F	1980-1990	Luxembourg
4	FR	M	1980-1990	Bruxelles
5	FR	M	1990-2000	Brabant Wallon
6	FR	M	1990-2000	Bruxelles
7	NL	M	1990-2000	Oost-Vlaanderen
8	NL	M	1990-2000	Antwerpen
9	NL	M	2000-2010	West-Vlaanderen
10	NL	M	2000-2010	Limburg
11	NL	M	1990-2000	Vlaams-Brabant
N = 21	11 FR / 10 NL	5 F / 16 M		

6 BESCHRIJVENDE TABELLEN VAN DE BEROEPSVERENIGINGEN

Tabel I: Overzichtstabel van de beroepsverenigingen osteopathie

	SBO-BVO	UVO	UBO-BUO	ROB-ABR O	ABOC-BAK O	UKO
Stichtingsdatum	1986	1996	1994	1995	1999	2003
Aantal leden	343	68	84	290	29 (no new members)	179
Affiliatie met school	ULB/SCOM	FICO	Geen voorkeur	IAO	Geen voorkeur	Belso
Internationale samenwerking	EFO, FORE	EFO, FORE	EFO, FORE, CEPLIS, WOHO, WHO, AAK, AOA, OIA	AAO, GOsC, ROR	JWIAO	Jones institute, IFCOS, GEPRO
Lid van GRNPO?	ja	ja	ja	ja	ja	nee

Tabel 2: Beschrijving beroepsvereniging: ABOC-BAKO

Name professional association	BAKO-ABOC: Belgische Associatie van Klassieke osteopaten/Ass. Belges des Ost. Classiques
contact persons	Dirk Segers
Organisation	
number of members	28 (overall in Belgium) + 1 Switzerland + 1 Netherland + 1 Italy
criteria	part-time course osteopathy for physiotherapists, full-time DO (diploma osteopathy) of JWIAO , diploma de EEO, ESO et Maidstone College of Osteopathy (UK)
	new members: presentation of thesis and intake-conversation
	deontological code
	assurance of civil liability
	NIHDI-number non-active
diff. with other organisations	more focused on the basic principles and methodes of classical osteopathy according to Littlejohn, J. Wernham
activities	trainings,courses , lectures (organised by GNRPO)
Networking	
other organisations	part of GNRPO / CEPLIS
universities (in B)	/
sickness funds	in function of partial reimbursements
KCE	/
Royal Academy opf medicine	/
Orde van Geneesheren	/
association of patients	/
European connections	European Federation of Osteopaths (GNRPO): uniformity of norms, Société des Ostéopathes du Nord de la France (SON)
International connections	World Osteopathy Health Organisation (WOHO)
Patients	
profile	everybody, some practioners focuces on target groups (babies, children)
	collaboration with athletes and musicians
complaints	all bio-mechanical complaints (Abnormal mobility of every tissue wich involve pathology, dysfunction or pain (curative or preventive)
Evidence-based medicine	
research funding	/
general remarks	definition: non-conventional medicine, autonomos of classic medicine but not replacing it
	no new members, will be absorbed in GNRPO
	John Wernham International Academy of Osteopathy (JWIAO) in ass. with Maidstone College of Osteopathy
	in 2001 education stopped in Belgium--> nearly no new members anymore

Tabel 3: Beschrijving beroepsvereniging: SBO-BVO

Name professional association	Société Belge d'ostéopathie-Belgische vereniging voor Osteopathie (SBO-BVO)
contact persons	Eric Dobbelaere and Christian Gerard
Organisation	
number of members	343 (264 effective members), Belgian territory, most concentrated in Brussels region (2/3 French speaking 1/3 Dutch speaking)
criteria	basic training in medicine or physiotherapy
	certificate of osteopathy, recognised by Belgian school + defense of thesis = D.O. Diplomat in Osteopathy
	NIHDI-number non-active (transition period of 3 years after graduation)
	compulsory group assurance
	deontological code & ethical code (same as GNRPO)
diff. with other organisations	member of GNRPO
	French section (GFO Groupement Francophone des Ostéopathes)
	Flemish section (VOV Vlaamse Osteopaten Vereniging)
	additional (compulsory) assurance for therapeutic services (protection of the patient)
	more neutral position towards formations
activities	trainings + post-academic courses organised by GNRPO
	after-hours services coordinated by GNRPO
Networking	
other organisations	GNRPO
universities (in B)	ULB-UMONS: complementary master in osteopathy + contacts with UGent, KUL, VUB
sickness funds	in function of partial reimbursement (10 euros, 5 sessions per year)
KCE	/
Royal Academy of medicine	/
Orde van Geneesheren	/
association of patients	/
European connections	EFO European federation of Osteopaths
	FORE
	political connections (Frieda brepoels, Luc Goudry, Stefaan van Hecke)
International connections	W.H.O. Dr. Zhang
Patients	
profile	/
complaints	pain complaints
Evidence-based medicine	
research funding	CORPP (Commission for Osteopathic Research Practice and Promotion): sponsored by SBO
general remarks	
definition	non-conventional, complementary medicine (more parallel to medicine for restricted indications)
	complementary biophysical approach to the biochemical approach

Tabel 4: Beschrijving beroepsvereniging: UBO-BUO

Name professional association	UBO-BUO (Union Belge des Osteo/Belgische Unie van Osteo)
Contact persons	Jean Ruwet
Organisation	"Professional union recognized by State Council" ; presided by the president of GNRPO (Groupement national représentatif des professionnels de l'Ostéopathie - 2000)
number of members	84
criteria	trained in osteopathy (before in private Colleges; now possibility to be trained at university (only ULB)) to be osteopath only (blank NIHDI profile ; delay authorized to be in conformity) medical or paramedical diploma cotisation 375Eur/an
diff. with other organisations	Former interpersonal conflicts have disappeared - no major differences
activities	Profil des Compétences Professionnelles Ethic and deontology codes in common (inside GNRPO)
Networking	
other organisations	GNRPO ("organisation faitière" : 750 membres) Etats généraux de l'Ostéopathie -2007 union of the certificated physiotherapists and osteopaths (UKO) (reciprocal invitations, forum in Sickness Funds ?) www.professioneleosteopaten.be www.osteopathesprofessionnels.be
universities (in B)	ULB (training - complementary master in osteopathy) KUL, UGENT, VUB (contacts - thesis)
sickness funds	for reimbursement
KCE	/
Royal Academy of medicine	Unidirectional (writing about osteopathy)
Orde van Geneesheren	After 80's the Order stop taking court action (pratique illégal de la médecine)
association of patients	conferences
European connections	European federation of Osteopaths (EFO) Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE) Conseil européen des professions libérales (CEPLIS)
International connections	World Osteopathic Health Organization (WOHO) World Health Organization (WHO); American Academy of Osteopathy (AAO); American Osteopathic Association (AOA) Osteopathic international Alliance (OIA) Universities of Wales, Westminster, Innsbruck
Patients	
profile	evolution from rich patients to everybody
complaints	locofunctional
Evidence-based medicine	
research funding	UBO limited contribution
safety	measured by insurance prime (sinistralité)
general remarks	No remuneration rules

Tabel 5: Beschrijving beroepsvereniging: UVO

Name professional association	Unie voor Osteopaten (UVO)
contact persons	Alex Boon
Organisation	
number of members	68
criteria	basic training in physiotherapy + DO in osteopathy (Belgian school)
	certificate of British School of Osteopathy (no preliminary training)
	NIHDI-number non-active
	professional liability assurance and legal assistance (no free choice)
	deontological code (same as GNRPO)
diff. with other organisations	same vision as GNRPO
activities	trainings (commission of accreditation in the GNRPO)
Networking	
other organisations	member of GNRPO
universities (in B)	/
sickness funds	in function of partial reimbursement
	discussions about the reimbursements of osteop. who are not member of a professional association
KCE	/
Royal Academy of medicine	/
Orde van Geneesheren	collaboration with GPs (local level) but not organised
association of patients	/
European connections	Forum Osteopathy in Europe (FORE): protection of patients, representative, quality assurance
	European Federation of Osteopaths (EFO): coordinating organisation of representatives
	president of EFO member of European Commission of independent professionals
International connections	/
Patients	
profile	more women (more regular visits)
complaints	pain complaints
Evidence-based medicine	
research funding	Mr Quagebuer (research about pelvis pain in UZ Antwerp)
general remarks	definition: complementary (to medicine) but a holistic approach to the patient
	certificate of Belso not recognised by GNRPO

Tabel 6: Beschrijving beroepsvereniging: ROB

Name professional association	Register Osteopaten België/Régistre des ostéopathes de Belgique (ROB)
contact persons	Philippe Cheval and Jo Parmentier
Organisation	
number of members	290 (mainly Dutch-speaking)
criteria	basic training in medicine or physiotherapy
	certification of osteopathy, certified by Belgian School
	NIHDI-number non-active
	compulsory assurance (Axa)
	deontological code (same as GNRPO)
diff. with other organisations	mostly members graduated from IAO
	biggest and youngest organisation in GRNPO
activities	trainings (organised by GRNPO)
Networking	
other organisations	member of GNRPO
universities (in B)	ULB-UMONS (complementary master in osteopathy)
sickness funds	in function of partial reimbursement
KCE	/
Royal Academy of medicine	/
Orde van Geneesheren	/
association of patients	/
European connections	/
International connections	/
Patients	
profile	/
complaints	/
Evidence-based medicine	
research funding	/
	most research done in UK
general remarks	
definition	complementary, conventional (due to same basic education in anatomy, physiology)
	complaint against Belgian government (in collaboration with IAO): need for clarification of profession
	in collaboration with IAO (modular and full time education under University of Wales and Westminster)

Tabel 7: Beschrijving beroepsvereniging: UKO

Name professional association	Unie voor gediplomeerden in de kinesithérapie en de
contact persons	Michel van den Abeele
Organisation	
number of members	214 (85 in French community)
criteria	basic training in physiotherapy
	Diploma & certification of osteopathy recognised by an European
	assurance of civil liability: free choice of the member
	deontological code (similar as in physiotherapy) & medecine
diff. with other organisations	no surrender of NiHDI-number (combination of physiotherapy
activities	trainings
Networking	
other organisations	autonomous role
	connection with Belso
universities (in B)	/
sickness funds	in function of partial reimbursement
KCE	/
Royal Academy of medicine	/
Orde van Geneesheren	local referrals of and to GPs but not organised
association of patients	/
European connections	Starting contacts with IFCOS (FR) and GEPRO (CH)
International connections	Jones Insitute: trainings in triggerpoint therapy
Patients	
profile	the majority of patients are adults until 60 years old. Babies,
	in contact with ost. after long way of therapies
complaints	pain complaints in spine (90%), pain complaints on visceral,
Evidence-based medicine	
research funding	/
General remarks	definition: complementary to the classic medicine and
	holistic view on the patient : holistic therapy (functional and
	different attestation for physiotherapy and osteopathy

Bijlage 1: Chiropraxie

Name professional association:

Union Belge des Chiropractors-Belgische Vereniging van Chiropractors UBC-BVC / www.chiropraxie.org

Contact persons:

Thyl Duhaméeuw

Luc Ailliet

Secretariat: De Pinteiaan 262, 9000 Gent

Organisation:

Number of members: 105

Criteria:

- Graduates from E.C.C.E. accredited colleges or equivalent only.

Difference with other organisations:

UBC-BVC is the only union representing the profession in Belgium.

Activities:

- Warrant the professional education of her members.
- Promote the scientific and legal aspects of the practice and the development of chiropractic in Belgium.
- Promote pain prevention —Straighten Up Belgium — www.straightenup.be
Watch the ethical principles are observed in daily practice.
- Maintain the dialogue with the government.
- Providing scientific information.
- Enhance multidisciplinary scientific research.
- Organise continuing professional development (CPD)

Networking:

Universities in Belgium: Non

Universities in Europe:

- University Bournemouth — UK: Anglo European College of Chiropractic.
- University Southern Denmark - Odense:
- University of Zurich- Swiss: Faculty Chiropraxie – Zurich
- University of Madrid- Spain: Real Centro Universitario Escorial Maria Cristina.

Sickness funds: Partial reimbursement

Patient Associations: Non

European connections:

- European Chiropractic Union. E.C.U. // www.chiropractic-ecu.org
- European Council on Chiropractic Education E.C.C.E. www.cce-europe.com
- European Academy of Chiropractic E.A.C. // www.chiropractic-ecu.org
(see EAC)

International connections:

- World Federation of Chiropractic. W.F.C. // wfc.org
- World Health Organisation /W.H.O.

WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic- Geneva 2005

Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics — www.imptonline.org

Bijlage 2: erkenningscriteria voor lidmaatschap UBC-BVC

REQUIREMENTS TO OBTAIN MEMBERSHIP OF THE BELGIAN CHIROPRACTORS UNION

Graduates, who are Bel. lan Residents, requesting membership of the B.C.U. immediately after graduation.

- The candidate has to **contact the BCU secretary**.
- He has to present a certified copy of his chiropractic **diploma** from a College accredited by the Council of Chiropractic Education (CCE).
- At this point, the candidate will obtain a statute of temporary membership for a period of maximum two years after graduation. During this period of time he will have to successfully pass the **Graduate Education Program** (GEP) organized by the B.C.U., (compulsory since 1995).
- Having fulfilled all the above, he will be granted full membership by the B.C.U. council.
- The candidate will then have to comply to the regulations and the bylaws of the B.C.U.

Graduates, who are non Belgian Residents, requesting membership of the B.C.U. immediately after graduation..

- The candidate has to **contact the BCU secretary**.
- If the candidate is a European Union citizen and has no Belgian Nationality, he should follow the national administrative procedures for EU. citizens moving to another E.U. country.
- For non E.U. citizens, the candidate should first contact the Belgian Chiropractors Union (BCU) for information concerning the immigration procedure for non EU-citizens. Our Union will advise him, among other things, how to obtain a work permit, which is very difficult to obtain.
- He has to present a certified copy of his **chiropractic diploma** from a College accredited by the Council of Chiropractic Education (CCE).
- He has to present a certificate of **good character**,
- At this point, the candidate will obtain a statute of temporary membership for a period of maximum two years after graduation. During this period of time he will have to successfully pass the **Graduate Education Program** (GEP) organized by the B.C.U., (compulsory since 1995),
- Having fulfilled all the above he will be granted, full membership by the B.C.U. council.
- The candidate will then have to comply to the regulations and the bylaws of the B.C.U.

Note 1: **The GEP consists of**

1. attend the INTRODUCTORY SEMINAR
2. write up and send off A PUBLISHABLE ARTICLE TO A SCIENTIFIC JOURNAL
3. write up 5 MORE DETAILED CASE REPORTS
4. complete 152 HOURS OF CHIROPRACTIC OBSERVATION
5. complete 48 HOURS OF SURGICAL OBSERVATION
6. attend 6 LIVE GROUP EXAMINATIONS (grand rounds)
7. attend 2 MOTION PALPATION SEMINARS
8. attend 4 TECHNICAL SKILLS LABS
9. attend 24 HOURS OF PGE COURSES
10. give ONE LAY LECTURE
11. give A 10 MINUTE CASE PRESENTATION to colleagues
12. sit the FINAL EXAMINATION

Note 2: An **affiliation right**, equal to two times the B.C.U. membership fee of the current year, is compulsory for chiropractors being in practice since **more than three years** and who did not fulfil the membership fees to the chiropractic association of the country where they practiced.

Note 3: The College of the B.C.U. reserves itself the right of the admittance or of the refusal of a candidate or to allow for exemptions of part of the requirements.

7 BESCHRIJVENDE TABELLEN VAN DE OPLEIDINGEN

Tabel 1: Overzichtstabel van de verschillende opleidingen en scholen in de osteopathie

	FICO	IAO	CBO	SCOM	BELSO	ULB
Stichtingsdatum	1992	1993	1996	1995-2010	1992	2004
Vestigingsplaatsen nationaal	Antwerpen	Gent, Antwerpen, Louvain-La-Neuve	Brussel		Charleroi, Nazareth	Brussel
Vestigingsplaatsen internationaal	Polen	Nederland, Duitsland, Denemarken, Zwitserland, Oostenrijk	Maidstone (UK) (internship)		Frankrijk, Italië	/
Criteria vooropleiding	Diploma in geneeskunde, kinesitherapie of gelijkgesteld diploma Indien geen vooropleiding: propedeuse cursus (3j) volgen	Diploma in geneeskunde, kinesitherapie of ASO diploma	Diploma in geneeskunde, tandarts, kinesitherapie, dierenarts, vroedvrouw		Diploma in de kinesitherapie	Master en motricité
Duur opleiding	6 jaar	3-5 jaar	5 jaar		5 jaar	6 jaar
Kostprijs	1880€/j (11280€ total)	3j 12 452€ 4j 15 779€ 5j 11 760€	3600/j		2200 per jaar	?

Tabel 1: Overzichtstabel van de verschillende opleidingen en scholen in de osteopathie (vervolg)

	FICO	IAO	CBO	SCOM	BELSO	ULB
Aantal studenten in 2009-2010	180	391	?	/	130	?
Samenwerking nationaal	Universiteit van Leuven, UZ Gasthuisberg Leuven	Universiteiten van Gent, Diepenbeek, Louvain-la-neuve	Haute école Henri Spaak	/	/	/
Samenwerking internationaal	OSEAN group of osteopathic schools	Universiteit van Innsbruck (Master), Universiteit van Wales (Bachelor)	Osean group of osteopathic schools	/	Frankrijk, Italië	?
Structuur opleiding	Part-time 6 jaar (9we/jaar)	Full time zonder vooropleiding 4 jaar (4j bachelor+D.O., 1,5j Master) Full time met vooropleiding 3 jaar (3j bachelor+D.O., 1,5j Master) Part-time met vooropleiding 5 jaar (5j D.O., 1,5j Master)	Part-time (9we/jaar)	Cursussen permanente vorming	Part-time 5 jaar (10 we/jaar)	Fulltime opleiding (3bachelorjaren+ 2masterjaren+1 master complementaire)
Cursus(inhoud)	Craniosacrale technieken Viscerale technieken Manipulatieve technieken	Craniosacrale technieken Viscerale technieken Manipulatieve technieken	Craniosacrale technieken Viscerale technieken Manipulatieve technieken	Craniosacrale technieken Viscerale technieken	Craniosacrale technieken Viscerale technieken Manipulatieve technieken	Manipulatieve technieken

Tabel 2: Beschrijving school in de osteopathie: BELSO

Name of the school	BELSO - Belgian School of Osteopathy
General information	
• location in Belgium	PME Chaussée de Lodelinsart, 417 6060 Charleroi (Gilly) - Hotel Van Der Valk Nazareth
• location in other countries	Formed - Via Trieste Caserta Napoli Italy - ATMS Sao José Dos Campos Sao Paulo Bresil
• enumeration of all trainings	4
• number of enrolled students (2009-2010)	130
• number of graduates in 2008-2009	12
• total number of graduates	282
• criteria of pre-training (+diploma)	A1 Kinésithérapie - Arts
Networking	
• collaboration with other schools of osteopathy (in B)	nil
• collaboration with other schools of osteopathy (int)	Amota Nice (France)- Academia Superiore Medicina Osteopatica Tivoli (Roma)
• collaboration with universities (Belgium)	nil
• collaboration with universities (international)	nil
• contact with professional associations	UKO - Unie van Kinesitherapeuten gediplomeerd in de Osteopatie
• contact with international organisations	FERO (Federal European Register of Osteopaths)- FESO (Fédération Européenne des syndicats associations et ostéopathes oeuvrant pour la profession d'Ostéopathe,)
Contacts with clinical practice	
• organisation of internships	nil
• locations of internships	nil
• profile of teachers	Arts - Osteopaat
Characteristics of education	
• reimbursement by the Belgian government	nil
• certificate acknowledged by Belgian government	nil
• extra criteria after graduation to practise the profession	nil
• definition of the profession	complementaire tak van de conventionele geneeskunde
• specific (discriminating) characteristics of education	osteopatie
Permanent training	
• organisation of trainings after graduation	post graduaat training
• criteria to enroll	diploma van osteopaat
Quality assessment	/

Tabel 3: Beschrijving opleiding in de osteopathie: BELSO

Name of course	BELSO - Belgian School of Osteopathy
Organisation of the course	
• duration of course	vijf jaar
• half-time/fulltime	week-end
• planning (day, evening, week-end)	één week-end per maand - totaal 10 week-ends
• cost price per year+ total	2200 euro
• criteria to enroll	diploma van kinésithérapie of geneeskunde
• certification acknowledged by Belgian government	nil
• extra criteria necessary to practise the profession	diploma van kinesithérapie of geneeskunde
• scientific resaerch by student (thesis)	thesis op het einde van de lessencyclus
• global % of course (lecture, practical lesson, internship)	50% theorie en 50% praktijk(inbegrepen de stages)
Other remarks?	

Tabel 4: Beschrijving school in de osteopathie: FICO

Name of the school	Flanders International College of Osteopathy
General information	
• location in Belgium	Antwerp
• location in other countries	Warsaw
• enumeration of all trainings	250
• number of enrolled students (2009-2010)	40
• number of graduates in 2008-2009	20
• total number of graduates	148
• criteria of pre-training (+diploma)	Medical, Physiotherapy or preperation
Networking	
• collaboration with other schools of osteopathy (in B)	NA
• collaboration with other schools of osteopathy (int)	OSEAN group of osteopathic schools
• collaboration with universities (Belgium)	NA
• collaboration with universities (international)	NA
• contact with professional associations	GNRPO, PO, UVO
• contact with international organisations	OSEAN, FORE, NRO, NVO, etc
Contacts with clinical practice	
• organisation of internships	Own clinic in Antwerp
• locations of internships	Antwerp
• profile of teachers	Professional or Senior
Characteristics of education	
• reimbursement by the Belgian government	KMO portefeuille
• certificate acknowledged by Belgian government	CEDEO
• extra criteria after graduation to practise the profession	RIZIV Demarking
• definition of the profession	"Osteopathy is a manual, diagnostic and therapeutic method for treating functional disorders in the mobility of joints and tissue in general, and for determining their role in causing disease." Osteopathy can be seen as an independent and specific health service that aims to improve a patient's quality of life, primarily by alleviating pain, and this by treating the root cause of the problem, i.e. by searching for the primary injury.
• specific (discriminating) characteristics of education	Medical non - medicinal health care with respect of the whole of the patient.

Tabel 4: Beschrijving school in de osteopathie: FICO (vervolg)

Permanent training	
• organisation of trainings after graduation	PG with accreditation
• criteria to enroll	Demarking from RIZIV and membership of professional organisation / counsil.
Quality assessment	
• evaluation of teachers (+ organisation)	Enqueta
• evaluation of courses (+ organisation)	Enqueta

Tabel 5: Beschrijving opleiding in de osteopathie: FICO

Name of course	Osteopathie
Organisation of the course	
• duration of course	6
• half-time/fulltime	HT
• planning (day, evening, week-end)	Fri - Sa - Su
• cost price per year+ total	1880€ / year + 11280€ voor totale opleiding
• criteria to enroll	Kinesithérapie / Geneeskunde / Gelijkgesteld diploma
• certification acknowledged by Belgian government	NA
• extra criteria necessary to practise the profession	Accreditatie en aansluiting bij een beroepsvereniging
• scientific resaerch by student (thesis)	Yes
• global % of course (lecture, practical lesson,	42,5% theorie, 42,5% praktijk, 15% stages.
Other remarks?	

Tabel 6: Beschrijving school in de osteopathie: IAO

Name of the school	The International Academy of Osteopathy
General information	
• location in Belgium	Ghent, Antwerp, Louvain la Neuve
• location in other countries	The Netherlands: Zeist
	Germany: Berlin, Darmstadt, Dortmund, Dresden, Erlangen, Hamburg, Leipzig, Memmningen, Munich, Neuss, Osnabruck, Passau and Stuttgart.
	Denmark: Copenhagen
	Switzerland: Brunnen
	Austria: Vienna and Innsbruck
• enumeration of all trainings	1.Fulltime course 4 years - pre requirements ASO - accredited by the University of Wales - 240 credits - D.O. diploma + Bachelor of Science with Honours in Osteopathy (BSc.(Hons.)Ost.) - Ghent
	2.Fulltime course 3 years - pre requirements degree in kinesitherapie/physiotherapy/medicine - accredited by the University of Wales - 180 credits - D.O. diploma + Bachelor of Science with Honours in Osteopathy (BSc.(Hons.)Ost.) - Ghent
	3.Parttime (modular) course - 5 years - pre requirements kinesitherapie/physiotherapy/medicine - 160 credits - D.O. diploma + Conversion Course 6 months = Bachelor of Science with Honours in Osteopathy (BSc.(Hons.)Ost.) + Master course 120 credits (accredited by fhg Innsbruck) = Master of Science in Osteopathie (MSc.Ost.) - all the above mentionned locations.
• number of enrolled students '09-'10	1.Fulltime course 4 years - Ghent - 112 students
	1.Fulltime course 3 years - Ghent - 24 students
	3.Parttime (modular) course - 5 years - Ghent - Antwerp - Louvain la Neuve - 255 students
	4.Parttime (modular) course - 5 years - The Netherlands, Germany, Denmark, Austria, Switzerland - 1514 students
• number of graduates in 2008-2009	Total: 96 graduates.
• total number of graduates	1029
• criteria of pre-training (+diploma)	1.Fulltime course 4 years - Ghent - pre requirements ASO
	2.Fulltime course 3 years - Ghent - pre requirements degree in kinesitherapie/physiotherapy/medicine
	3.Parttime (modular) course - 5 years - Belgium, The Netherlands, Germany, Denmark, Austria, Switzerland - pre requirements kinesitherapie/physiotherapy/medicine

Tabel 6: Beschrijving school in de osteopathie: IAO (vervolg)

Networking	
• collaboration with other schools of osteopathy (in B)	Non
• collaboration with other schools of osteopathy (int)	France: Collège d'ostéopathie Traditionnelle du Nord - Lille
	France: Institut supérieur d'ostéopathie - Lyon
	England: British College of osteopathic Medicine - London
	Germany: AVT - College für Osteopathische Medizin - Nagold
	Germany: DGOM - Deutsche Gesellschaft für Osteopathische Medizin - Boppard
• collaboration with universities (Belgium)	University of Ghent - fulltime students follow here the anatomy and dissection courses
	University of Diepenbeek - parttime students follow here the dissection courses
	University of Louvain la Neuve - parttime students follow here the dissection courses
• collaboration with universities (international)	Wales: The University of Wales
	Austria: fhg-Gesundheit-UMIT (University Innsbruck): co-operation Master of Science course
	Germany: Charité - Berlin: parttime students follow here the dissection courses
	The Netherlands: University of Maastricht: parttime students follow here the dissection courses
• contact with professional associations	Belgium: ROB Registry of Osteopaths and GNRPO
	The Netherlands: NRO - Nederlands Register voor Osteopaten en NVO - Nederlandse Vereniging voor Osteopaten
	Norway: RON - Registry of osteopaths Norway
	Denmark: ROD - Registry of osteopaths Denmark
	Germany: VOD - Verein osteopathen Deutschland and DROM - Deutsche Register für Osteopathische Medizin
	Austria: ÖGO - Österreichische Gesellschaft für Osteopathie
	Switzerland: FSO - Federation of Suisse Osteopaths
	France: ROF - Régistre des Ostéopaths Français
	Europe: FEO: Federation of European Osteopaths and ERPO - European Registry of Professional osteopaths
• contact with international organisations	USA: AAO - American Academy of Osteopathy
	Worldwide: OIA - Osteopathic International Alliance
	Worldwide: WOHO - World Osteopathic health Organisation
Contacts with clinical practice	
• organisation of internships	Yes: fulltime: in the two last years
	Yes: parttime (modular) course: in private practices
• locations of internships	Clinic Ghent and private practices
• profile of teachers	All teachers have academic degrees. MD for basic medical sciences and minimum BSc.(Hons.)Ost. for practice and osteopathic teaching

Tabel 6: Beschrijving school in de osteopathie: IAO(vervolg)

Characteristics of education	
• reimbursement by the Belgian government	No
• certificate acknowledged by Belgian government	No
• extra criteria after graduation to practise the profession	No
• specific (discriminating) characteristics of education	Focus on:
	* exclusion diagnostics
	* practical lessons and training of manual palpatory and treating skills
	* osteopathic principles in treating functional complaints
• definition of the profession	<p>Osteopathy is an established and recognised system of diagnosis and treatment, which lays it's main emphasis on the structural and functional integrity of the body. It is distinct due to the fact that it recognises that much of the pain and disability from which we suffer stems from abnormalities in the function of the body structure as well as damage caused to it by disease. Osteopathy is a science-based health care profession which emphasises the use of physical approaches in the promotion, maintenance and restoration of an individual's physical, psychological and social well-being and takes into account an individual's variations in health status. A distinctive feature of osteopathic practice is the ability of individual practitioners to use manipulation, mobilisation, muscle energy techniques, visceral techniques, cranio-sacral techniques and other functional techniques in an integrative manner to optimise an individual's functional ability and potential and in respect of the osteopathic principles (the interrelation between structure and function, the importance of a mechanical, neurological, vascular and metabolic link to the patient's problem and the autocorrection possibilities of the patient). Osteopathy is an autonomous profession and practice is characterised by reflective behaviour, full mobility testing of the entire body and systematic clinical reasoning, all of which contribute to and underpin a problem-solving approach to patient-centred care. Osteopathic practice is supported and influenced by evidence of clinical effectiveness and practitioners may work independently or as members of the health care team. In the assessment, management and evaluation of an individual's needs, osteopaths take account of the current physical, psychological, cultural and social factors and their influence upon the individual's functional ability. Practice also takes into account the needs and perspectives of carers and other health care professionals in order to provide a coherent and holistic approach that maximises independence and function.</p>

Tabel 6: beschrijving school in de osteopathie: IAO (vervolg)

	<p>Osteopaths operate as independent practitioners as well as members of health care teams. They are able to act as first contact practitioners, and patients may seek direct care without referral from another health care professional. A challenging aspect of osteopathy is the broad scope of practice in terms of patient and client groups, health care delivery settings, and intervention for problems of impairment, activity and participation. Osteopathic practice makes direct reference to published research evidence, as well as indicators of effective intervention in the form of professional and clinical standards and clinical guidelines. Practice is informed by osteopathy-specific research as well as the general scientific literature, and in this way engages in evidence-based practice. The breadth and scope of osteopathic practice encompasses the following: the age span of human development from neonate to old age; working with individuals who present with complex and challenging problems resulting from multi-pathology illness or functional disorders; health promotion and injury prevention, and the assessment, management and evaluation of intervention; the therapeutic management and treatment of individuals with recovering conditions such as musculo-skeletal and visceral complaints, headaches and trauma's; treating individuals with deteriorating conditions such as rheumatoid conditions; the management of individuals with stable conditions such as spinal cord injury; Osteopathy is a developing profession that operates within a changing and evolving environment. The profession of osteopathy has undertaken pioneering work in constructing written practice standards and clinical guidelines. These standards, which make direct reference to evidence at different levels, are embedded in practice and the curricula of undergraduate programmes.</p>
Permanent training	
• organisation of trainings after graduation	Yes, on regular basis in co-operation with the professional organisation (accreditation-points)
• criteria to enroll	Member of professional organisation
Quality assessment	
• evaluation of teachers (+ organisation)	Yearly evaluation - evaluation tool = poll and peer review.
• evaluation of courses (+ organisation)	Yearly evaluation - evaluation tool = poll, students'council
	Quality label EN ISO 9001 in Osteopathic Training and Education

Tabel 7: beschrijving opleiding in de osteopathie: IAO

Name of course	Bachelor of Science with Honours in Osteopathy (BSc.(Hons.)Ost.)
Organisation of the course	
• duration of course	4 years
• half-time/fulltime	Fulltime
• planning (day, evening, week-end)	Day
• cost price per year+ total	Year 1 and 2: 3324 € / Year 3 and 4: 4564 € / total: 15779 €
• criteria to enroll	ASO or equivalent
• certification acknowledged by Belgian government	No
• extra criteria necessary to practise the profession	Member of the professional organisation
• scientific research by student (thesis)	yes
• global % of course (lecture, practical lesson,	40% practice - 30% lectures - 30% internship
Other remarks?	only course in Belgium, in collaboration with University of Wales

Tabel 8: Beschrijving opleiding in de osteopathie: IAO

Name of course	Bachelor of Science with Honours in Osteopathy (BSc.(Hons.)Ost.)
Organisation of the course	
• duration of course	3 years
• half-time/fulltime	Fulltime
• planning (day, evening, week-end)	Day
• cost price per year+ total	Year 1: 3324 € / Year 2 and 3: 4564 € / total: 12452 €
• criteria to enroll	degree in kinesitherapie/physiotherapy/medicine
• certification acknowledged by Belgian government	No
• extra criteria necessary to practise the profession	Member of the professional organisation
• scientific research by student (thesis)	yes
• global % of course (lecture, practical lesson,	40% practice - 30% lectures - 30% internship
Other remarks?	only course in Belgium, in collaboration with University of Wales

Tabel 9: Beschrijving opleiding in de osteopathie: IAO

Name of course	D.O. programme + option Conversion Course = BSc.(Hons.)Ost. or/and option MSc.Ost.
Organisation of the course	
• duration of course	5 years for the D.O. programme / 6 Months for the BSc.(Hons.)Ost. C.C. / 2 years for the MSc.Ost. course
• half-time/fulltime	Part-time
• planning (day, evening, week-end)	per year: 6 seminars from Thursday till Sunday
• cost price per year+ total	392 € per seminar / total 11760 €
• criteria to enroll	degree in kinesitherapie/physiotherapy/medicine
• certification acknowledged by Belgian government	No
• extra criteria necessary to practise the profession	Member of the professional organisation
• scientific resaerch by student (thesis)	yes
• global % of course (lecture, practical lesson,	60% practice - 30% lectures - 10% internship
Other remarks?	

Bijlage 1: GEP-programma (chiropraxie)

REQUIREMENTS FOR THE GEP:

- attend the INTRODUCTORY SEMINAR
- write up and send off A PUBLISHABLE ARTICLE TO A SCIENTIFIC JOURNAL or summarize TWO SCIENTIFIC ARTICLES OF THE ACTUAL YEAR
- write up 3 DETAILED CASE REPORTS
- complete 150 HOURS OF CHIROPRACTIC OBSERVATION. WRITE A REFLECTIVE JOURNAL OF THE OBSERVATIONS
- complete 24 HOURS OF SURGICAL OBSERVATION
- attend 6 LIVE GROUP EXAMINATIONS (grand rounds)
- attend the organized CLINICAL and TECHNICAL SKILLS LABS (6)
- attend 24 HOURS OF PGE COURSES
- give ONE LAY LECTURE
- give A 10 MINUTE CASE PRESENTATION to colleagues
- sit the FINAL EXAMINATION after having completed the above in two years time

Seminar: "intro to working in Belgium as a chiropractor":

This seminar will be organized annually in September/October and serves as an introduction to the Graduate Education Program. It concerns subject like taxes, fiscal matters, insurances, practice location and organization, contact with the medical community, ...Attendance is mandatory (just once).

A scientific article:

A paper, written on a publishable level, has to be sent off to a peer reviewed journal (such as eg: Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, Clinical Chiropractic, Chiropractic Technique,...) in the format, demanded by the specific journal. This can be a case report, a review of the literature,...

A reply by the journal, with their remarks, is sufficient as proof to get credit for this part of the **GEP** tasks.

Alternatively, you can summarize two relevant articles published in the years you do your **GEP**. Questions may be asked about these articles at the final examination.

3 case reports:

Write up 3 detailed case reports, on a subject of your special interest. Your own patients or patients observed at the office of the Principal can be used. You get credit for this part if the report contains the initials of the patient and the date of birth. The case reports will be used for the final examination (oral European Board of Chiropractic Examiners II examination as requested by the ECU).

Chiropractic Observations:

150 hours of observation time (or the equivalent of 4 hours of observing during 38 weeks) need to be completed over a maximum period of two years. At least **2 different Principals** have to be observed. **Expert** observations count for a maximum of 50 hours. In order to promote observations in as many practices as possible, the amount of hours is limited to 10 hours per Expert. As proof for the attendance, the Graduate is expected to keep track of the hours in a current agenda that he/she brings along to the observations. The Principal/Expert provides the hours of attendance and signs the agenda. A reflective journal of the observations will be required. A guide with possible reflective topics will be provided by the GEP commission. This journal needs to be at least 1700 words.

Surgery observations:

24 hours of surgical observations need to be completed in relevant medical specialties. Relevant specialties are neurology, orthopaedics, rheumatology, physical therapy (specialist in PT), radiology,... 12 reports (12 times 4 hour observation sessions) have to be written up. These reports have to mention the type of surgery and the amount of time observed, and should be signed by the specialist to get credit for this part.

Live group examination:

6 meetings for live patient examination are organized per year. 6 meetings have to be attended over a maximum period of 2 years. You will be the examining Dr. on at least one occasion. Credit is given on attendance. These case reports may be used for the detailed report writing (3rd requirement). They serve as a try-out in preparation for the EBCE II oral examination.

Clinical and Technical labs:

Six mandatory meetings are organized annually to improve the clinical, manipulative, palpatory and general skills. Presence is mandatory.

PGE courses:

24 hours of PGE courses are required. GEP members get a reduced price.

I lay lecture:

At least one presentation has to be given to an audience in your area of practice. To get credit for this part, the lecture and the date of presentation needs to be provided one month ahead of time.

Case Presentation:

Before the meetings of the PGEC, a brief case presentation of 10 minutes (on an interesting patient case) is requested to get credit for this part.

Final examination in front of an international jury:

You need to sit the EBCE II oral examination where you have to examine a real new patient in front of a jury. You will be questioned on the history, the examination and your proposed treatment plan after each section. Your detailed case reports will be a source of questions for the oral exam as will the summarized research articles.

Extra information on the 3 detailed case reports

The observed cases during the live patient examination sessions could be used for the detailed reports or even for a publishable case report. You can also use your own patients or patients seen in the practice of a Principal. The listing below is meant as a general guidance. History taking and examination should be specific for each individual case (e.g. no cranial nerves for a knee problem)

Contents:**I. History:**

- Primary complaints (what the patient considers most important):
 - o Detailed description of the problem and related complications
 - o Precise localization of the area of complaints and pattern of radiation (if any)
 - o Description of the complaint, the kind of pain
 - o Onset of the signs and symptoms
 - o Probable cause
 - o Earlier episodes
 - o Aggravating and relieving factors
 - o Sudden or gradual onset
 - o Frequency, duration and evolution since the onset
 - o Night pain, position pain
 - o Previous consultations or treatments and results

- Secondary complaints: see primary complaints
2. Review of systems:
- The questions that have been asked concerning the different systems:
 - Eyes and vision
 - Ears and hearing
 - Mouth and throat
 - Nose and sinuses
 - Integument
 - Respiration
 - Heart and blood vessels
 - Gastro-intestinal
 - Abdominal
 - Genito-urinary
 - Cognition, central and peripheral nervous system
 - Hormonal system
 - Musculoskeletal system
3. Medical history:
- The dates and a description of:
 - Operations
 - Hospitalisations
 - Fractures
 - Accidents
 - Major illnesses
 - Medication use
 - Examinations: imaging and lab reports, functional examinations or reports
 - Social and family history, profession
4. Examination:
- Posture
 - Inspection
 - Physical examination: palpation, auscultation, ophthalmoscopy, otoscopy, percussion

ORTHOPAEDIC EXAMINATION, RANGE OF MOTION

Neurological examination

Specific chiropractic examination: motion palpation or other diagnostic findings and causal relationship with increased tenderness to touch at the specific motion units and with the localisation of the signs, the symptoms and referred pain pattern

Other examinations asked (EMG, Echography, Scintigraphy, specific lab tests...)

The writing style is narrative. The detailed case report should contain a discussion on a diagnostic topic relevant to the case (e.g. Ankylosing Spondylitis, dystonia, sciatica,...) or there can be a discussion on the justification for or a personal view on a certain type of treatment (e.g. chiropractic in case of vertigo, restless leg syndrome,...). It contains a conclusion with the **prognosis, the chiropractic and medical diagnosis, differential diagnosis, treatment plan and treatment time, exercises, prevention** and b given to the patient.

Extra information for the Reflective Learning Journal

As the name 'reflective learning journal' suggests, the main aim of this journal should be a reflection on the learning process of the observations performed for the Belgian GEP program. It should NOT be a discussion of individual patient cases or a critical review of specific principals. Therefore we don't expect names of patients or principals in this Journal.

The journal should be approximately 1700 words long and should be written in a full text rapport style (so no listing of individual comments). We advice you to keep notes during your observations of aspects which help you to write your journal at the end of your observations. The content of the journal is free to choose but we think it should give an answer to many of following questions:

PART A: PRINCIPAL-CLINIC

-Did I find it difficult to find principals, was I willing to travel to observe a certain chiropractor with a specific expertise (sports, neurological, babies, etc) ? Did I try to see as many principals as possible or did I concentrate on the ones close by?

-Considered afterwards, was I organised enough myself? Did I start the observations on time, did I schedule enough time for it in my agenda?

-How was the first contact with the principal? (on the phone to set an observation date, the welcome in the office)

-What do I think about locations of chiropractic clinics in Belgium? In city centres? Along main roads? (Dis)advantages? Did I make conclusions for my own clinic location?

-Did I observe offices where more than '1' chiropractor work? What are the (dis)advantages of such offices? Would I like to work with different chiropractors?

-Did the principal took time to explain aspects of the treatment program in between patients or afterwards? Was this useful for me? Was I allowed to give my own opinion or ask questions? Did they appreciate this?

-Concerning office organisation, what will/want I imply in my own office that I have seen (secretary, agenda management, treatment room set up, computer programs, waiting room, etc)

PART B: TREATMENTS

-Discussion of investigations performed at first consult (orthopaedic-neurological-cardiovascularabdomen-gait analysis-posture analysis-radiology-rehab-nutrition, other...).

-Did the observations help to ameliorate certain of my own routines?

-Discussion of certain techniques (diversified, gonstead, flexion distraction, toggle, activator, rehab, SOT, treatment of babies and young children, sports chiropractic,...)

-Principals communication skills with their patients. What did I learn?

-Was I impressed by certain techniques? Did I go back to see a principal more than once to just learn more about a certain technique? Was I surprised by certain principals using known or unknown techniques for certain conditions?

-Did the observations stimulate me to go for seminars to learn more about a certain technique-topic?

-Was there a lot of difference in the way different principals work? Did it stimulate me to see different principals?

-What did I come across which was completely different from the way I was taught at school? Was it better? Why was it different ?

-Which aspects will I (not) use in my own clinic (the way of talking to patients, certain adjusting techniques, management of special and difficult cases, fee strategy, use of extra material/special tables, number of treatment for certain condition, rehab room, etc)

-Did I observe chiropractors who have an evidence based office or who do research in their office? What do I think of doing research in the field after I've seen it in a practice of someone else? Did I also see "philosophy based" clinics?

-By doing observations, did I become more confident to treat patients of my own or did it make me insecure?

-Did observing other chiropractors influence my scope of practice (maintenance based, biomechanical set up, rehab, neurological based, advice on supplements/pillows, children-babies, evidence based)

PART C: GENERAL

-What did I think-like-dislike of the set up/intention of the GEP observation program? Could I appreciate the intention of it?

-Give 'I thing which you will never forget from the whole observation experience or of a specific observation?

-Did the program give me a good idea of what to expect of working in Belgium in the future? -What did I regret? Which points were completely different than my expectations of the observations?

Do I want to become a principal myself in a few years time for the GEP ? Why (not?) - Do I possibly want to join the group of GEP coaches? Why (not)?

What are the strong/weak points of chiropractic in Belgium?

-Did the observations motivate me to become active in the Belgian Chiropractic Union in a few years time?

8

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES PRACTICIENS RELATIFS A LA FORMATION

**Tableau 1 : Formation antérieure
A l'osteopathie**

	n	Pct
oui/ja	395	87,8%
non/nee	55	12,2%
Total	450	100,0%

A la chiropraxie

	n	Pct
oui/ja	32	43,8%
non/nee	41	56,2%
Total	73	100,0%

**Tableau 2 : Type de formation antérieure
À l'ostéopathie**

	n	Pct
Aucune formation antérieure	55	12,2%
kiné	360	79,6%
Kiné+autre	17	3,8%
autre	15	3,3%
méd	5	1,1%
Total	452	100,0%

A la chiropraxie

	n	Pct
Non réponse	1	1,4%
Aucune formation antérieure	41	56,1%
méd	2	2,7%
kiné	15	20,5%
Kiné+autre	1	1,4%
autre	13	17,8%
Total	73	100,0%

**Tableau 3 : pays de formation à l'étranger
Osteo**

	n	Pct
UK	76	49,7%
FR	49	32,0%
Autres	13	8,5%
NL	6	3,9%
Total / répondants	153	

Interrogés : 452 / Répondants : 153 / Réponses : 163

Pourcentages calculés sur la base des répondants

Chiro

	n	Pct
UK	39	54,2%
USA	32	44,4%
CA	3	4,2%
FR	2	2,8%
Total / répondants	72	

Interrogés : 73 / Répondants : 72 / Réponses : 76

Pourcentages calculés sur la base des répondants

**Tableau 4 : Ecoles de formation à l'étranger
Chiro**

	n	Pct
Anglo European College of Chiropractic (UK)	39	52,7%
Palmer College of chiropractic (USA)	13	17,6%
National College of Chiropractic (USA)	5	6,8%
Life University (USA)	4	5,4%
(CA)	1	1,4%
Institut Franco-Européen de Chiropratique (FR)	2	2,7%
Lincoln Chiropractic College (USA)	2	2,7%
Logan College of Chiropractic (USA)	2	2,7%
Parker College of Chiropractic (USA)	2	2,7%
Autres (USA)	4	5,4%
Total / réponses	74	100,0%

Interrogés : 73 / Répondants : 72 / Réponses : 74

Pourcentages calculés sur la base des réponses

**Tableau 5 : Suivi d'une formation continue
Osteo**

	n	Pct
oui/ja	400	89,5%
non/nee	47	10,5%
Total	447	100,0%

Chiro

	n	Pct
oui/ja	57	80,3%
non/nee	14	19,7%
Total	71	100,0%

Tableau 6 : Ecoles de formation en Belgique Osteo

	n	Pct
IAO	141	39,7%
SCOM	48	13,5%
FICO	47	13,2%
CBO	39	11,0%
BELSO	35	9,9%
Autres écoles belges	20	5,6%
College Sutherland	18	5,1%
The John Wernham International Academy of Osteopathy	11	3,1%
Formation Belge des Ostéopathes	8	2,3%
ULB	4	1,1%

Interrogés : 452 / Répondants : 355 / Réponses : 371

Pourcentages calculés sur la base des répondants

Tableau 7 : Ecoles de formation en Belgique Osteo

	ABOC/BAKO		ROB		SBO/BVO		UVO		UBO/BUO		UKO		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
CBO			1	0,8	36	33,0	1	2,8			2	2,8	40	10,7
SCOM			2	1,6	39	35,8			6	27,3	2	2,8	49	13,1
IAO			121	97,6					1	4,5	19	26,8	141	37,8
FICO	1	9,1			3	2,8	34	94,4	1	4,5	8	11,3	47	12,6
BELSO					1	0,9	1	2,8	4	18,2	29	40,8	35	9,4
ULB					4	3,7							4	1,1
Autres écoles belges					10	9,2			4	18,2	6	8,5	20	5,4
College Sutherland					15	13,8					3	4,2	18	4,8
The John Wernham International Academy of Osteopathy	10	90,9			1	0,9							11	2,9
Formation Belge des Ostéopathes									6	27,3	2	2,8	8	2,1
Total	11	100,0	124	100,0	109	100,0	36	100,0	22	100,0	71	100,0	373	100,0

Le total de deux unités supérieur au total obtenu dans le tableau précédent est dû au fait qu'un ancien élève du CBO ainsi qu'un ancien élève du SCOM sont tous les deux membres de deux unions professionnelles en même temps (ROB et SBO/BVO).

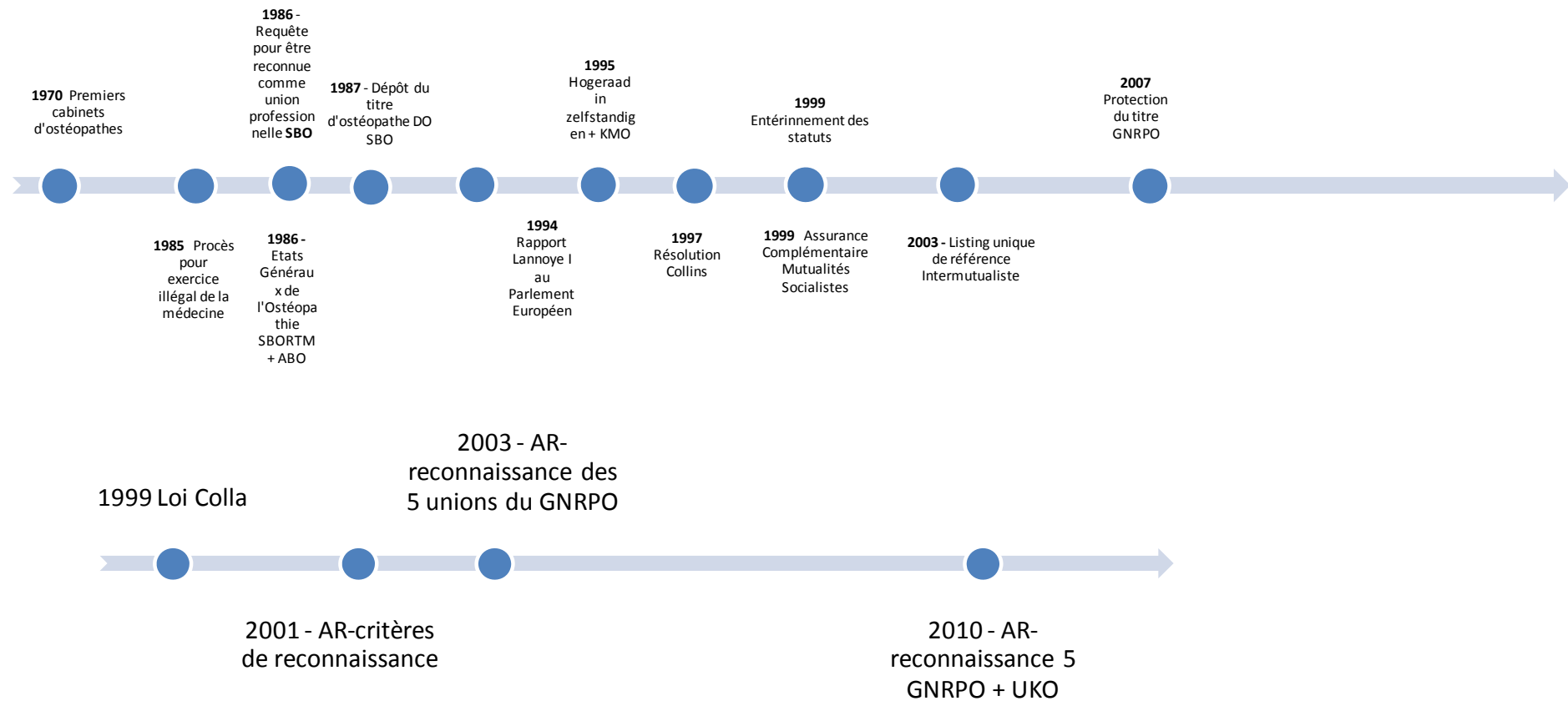
Khi2=795,7 ddl=45 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 39)

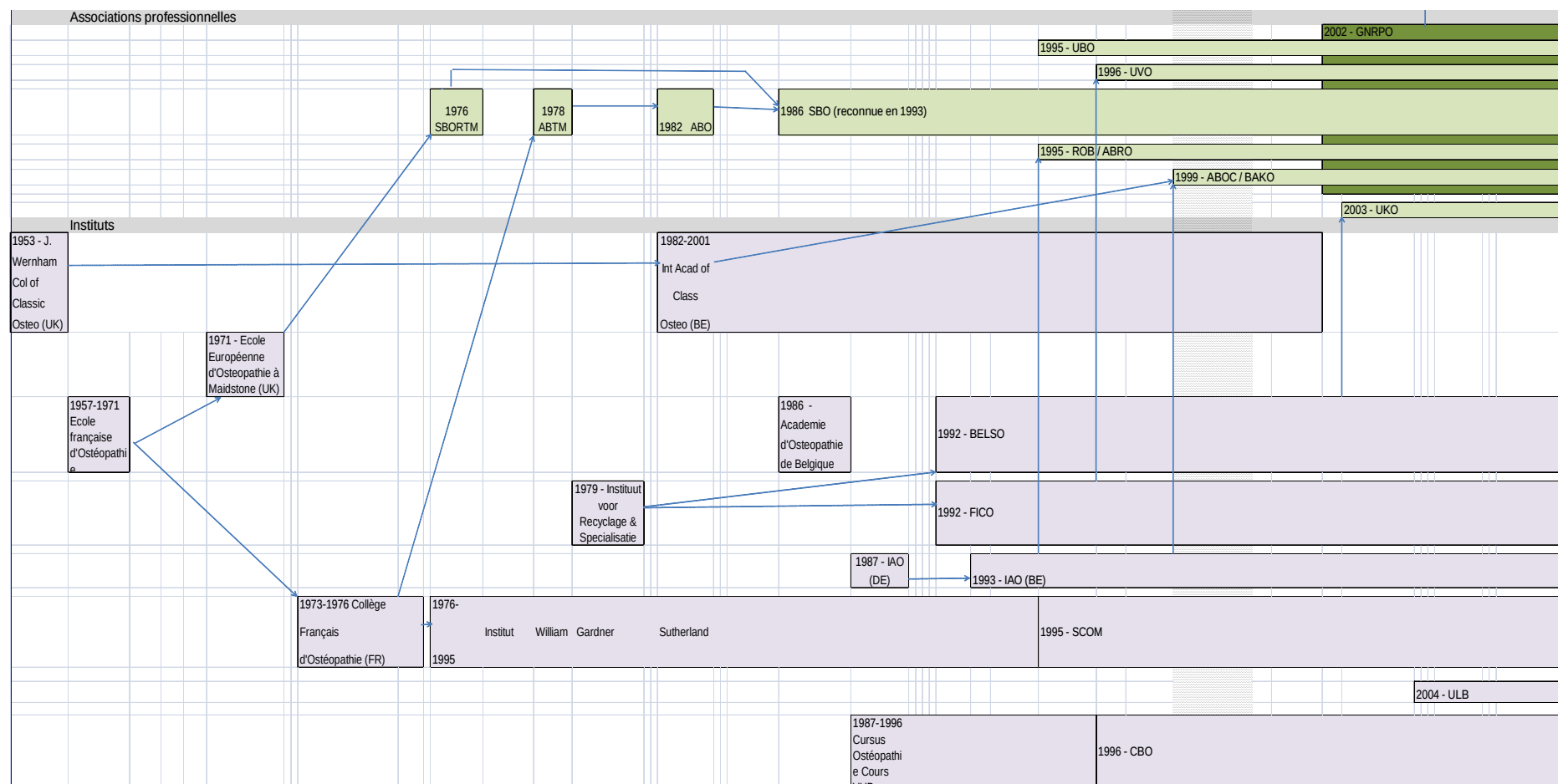
9 LIGNES DU TEMPS : LIEN ENTRE LE CADRE JURIDIQUE, LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES ET LES FORMATIONS AU COURS DU TEMPS (OSTEOPATHIE)

Durant les années 1970, d'anciens élèves de l'Ecole française d'ostéopathie vont partir créer de nouvelles écoles dans deux directions, à la fois géographiques et philosophiques, très différentes. D'anciens élèves de ces deux écoles créeront à leur tour, en Belgique cette fois, plusieurs écoles d'ostéopathie. Le dernier enseignement créé étant l'enseignement universitaire. Les deux premières organisations d'ostéopathes belges ont été créées par d'anciens élèves belges des écoles d'ostéopathie française et britannique. Elles sont au départ en grande partie consacrée à la thérapie manuelle avant de se définir pleinement comme associations d'ostéopathes. La plupart des écoles donneront ainsi naissance aux organisations professionnelles créées entre autre pour garantir l'accès des diplômés à la profession. A partir de 1999, date de publication de la Loi Colla, la prolifération des écoles et des associations cède la place au regroupement. Les mutualités ont joué un rôle important dans ce processus d'auto-régulation de la profession.

Ces informations proviennent essentiellement :

- des entretiens avec les responsables des unions professionnels, des mutualités et des écoles ;
- de la thèse d'Y. Lepers qui retrace l'histoire de la médecine ostéopathique aux Etats-Unis, en Grande-bretagne en France et en Belgique ³⁷ ;
- de « [l'étude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe](#) » réalisé par la Haute Autorité Santé (Fr) en 2006.





10 REFERENCES

1. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 2001;358(11):483-8.
2. Vincent C, Furnham A [Journal Article].c 1996. Why Do Patients Turn to Complementary Medicine? An Empirical Study.
3. Baarts IKPC. Derivative benefits: exploring the body through complementary and alternative medicine. *Sociology of Health & Illness*. 2009;31(5):719-33.
4. Stacey M. Collective therapeutic responsibility. Lessons from the GMC. In: Budd S, Sharma U, editors. *The Healing Bond. The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*. London and New York: Routledge; 1994. p. 107-33.
5. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004(1):CD000447.
6. Bronfort G, Haas M, Evans R, Kawchuk G, Dagenais S. Evidence-informed management of chronic low back pain with spinal manipulation and mobilization. *Spine Journal*. 2008;8(1):213-25.
7. Ferreira M, Ferreira P, Latimer J, Herbert R, Maher C. Does spinal manipulative therapy help people with chronic low back pain? *Australian Journal of Physiotherapy*. 2002;48(4):277-84.
8. Ferreira M, Ferreira P, Latimer J, Herbert R, Maher C. Efficacy of spinal manipulative therapy for low back pain of less than three months' duration. *J. Manip. Physiol. Ther.* 2003;26(9):593-601.
9. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2010.
10. Licciardone JC, Brimhall AK, King LN. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC musculoskeletal disorders*. 2005;6:43.
11. Walker BF, French SD, Grant W, Green S. Combined chiropractic interventions for low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(4).
12. Snelling N. Spinal manipulation in patients with disc herniation: A critical review of risk and benefit. *Int J Osteopath Med*. 2006;9(3):77-84.
13. Gross A, Miller J, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manipulation or mobilisation for neck pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(1):CD004249.
14. Gemmell H, Miller P. Comparative effectiveness of manipulation, mobilisation and the Activator instrument in treatment of non-specific neck pain: a systematic review (Provisional abstract). 2006;14:7.
15. Miller J, Gross A, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review. *Man Ther*. 2010;15(4):334-54.
16. Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G, Carroll LJ, Nordin M, Guzman J, et al. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine*. 2008;33(4 Suppl):S123-52.
17. Bronfort G, Nilsson N, Haas M, Evans R, Goldsmith CH, Assendelft WJJ, et al. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2004(3):CD001878.
18. Astin JA, Ernst E. The effectiveness of spinal manipulation for the treatment of headache disorders: a systematic review of randomized clinical trials. *Cephalalgia*. 2002;22(8):617-23.
19. Lenssinck ML, Damen L, Verhagen AP, Berger MY, Passchier J, Koes BW. The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache: a systematic review (Structured abstract). 2004;112(3):381-8.
20. Husereau D, Clifford T, Aker P, Leduc D, Mensinkai S. Spinal manipulation for infantile colic 2003. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32004000171/frame.html>

21. Ernst E. Chiropractic spinal manipulation for infant colic: A systematic review of randomised clinical trials. *International Journal of Clinical Practice*. 2009;63(9):1351-3.
22. Brand PL, Engelbert RH, Helders PJ, Offringa M. Systematic review of the effects of therapy in infants with the KISS-syndrome (kinetic imbalance due to suboccipital strain). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2005;149(13):703-7.
23. Rupert R, Gotlib A. An updated systematic review. *Chiropractic and Osteopathy*. 2008;16.
24. Hondras MA, Linde K, Jones AP. Manual therapy for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;2(2):CD001002.
25. Ernst E. Spinal manipulation for asthma: a systematic review of randomised clinical trials. *Respiratory Medicine*. 2009;103(12):1791-5.
26. Balon JW, Mior SA. Chiropractic care in asthma and allergy. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology*. 2004;93(2 Suppl 1):S55-60.
27. Yang M, Yuping Y, Yin X, Wang BY, Wu T, Liu GJ, et al. Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(2).
28. Proctor ML, Hing W, Johnson TC, Murphy PA. Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;3.
29. Glazener CM, Evans JH, Cheuk DK. Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005(2):CD005230.
30. NHS Centre for Reviews and Dissemination. The effectiveness of interventions used in the treatment/management of chronic fatigue syndrome and/or myalgic encephalomyelitis in adults and children (Structured abstract). 2002:118.
31. Ernst E. Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review. *Clinical Rheumatology*. 2009;28(10):1175-8.
32. Schneider M, Vernon H, Ko G, Lawson G, Perera J. Chiropractic Management of Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2009;32(1):25-40.
33. Schiltenswolf M, Hauser W, Felde E, Flugge C, Hafner R, Settan M, et al. Physiotherapy, exercise and strength training and physical therapies in the treatment of fibromyalgia syndrome. *Schmerz*. 2008;22(3):303-12.
34. Vernon H, Humphreys BK. Chronic mechanical neck pain in adults treated by manual therapy: a systematic review of change scores in randomized controlled trials of a single session. *The Journal of manual & manipulative therapy*. 2008;16(2):E42-52.
35. Rickards LD. The effectiveness of non-invasive treatments for active myofascial trigger point pain: a systematic review of the literature (Structured abstract). 2006;9(4):120-36.
36. Brantingham JW, Globe G, Pollard H, Hicks M, Korporeal C, Hoskins W. Manipulative therapy for lower extremity conditions: expansion of literature review. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*. 2009;32(1):53-71.
37. Lepers Y. Histoire critique de l'ostéopathie: de Kirksville à l'Université Libre de Bruxelles. Bruxelles: ULB; 2010.

This page is left intentionally blank.

KCE reports

- 33 Effects and costs of pneumococcal conjugate vaccination of Belgian children. D/2006/10.273/54.
- 34 Trastuzumab in Early Stage Breast Cancer. D/2006/10.273/25.
- 36 Pharmacological and surgical treatment of obesity. Residential care for severely obese children in Belgium. D/2006/10.273/30.
- 37 Magnetic Resonance Imaging. D/2006/10.273/34.
- 38 Cervical Cancer Screening and Human Papillomavirus (HPV) Testing D/2006/10.273/37.
- 40 Functional status of the patient: a potential tool for the reimbursement of physiotherapy in Belgium? D/2006/10.273/53.
- 47 Medication use in rest and nursing homes in Belgium. D/2006/10.273/70.
- 48 Chronic low back pain. D/2006/10.273/71.
- 49 Antiviral agents in seasonal and pandemic influenza. Literature study and development of practice guidelines. D/2006/10.273/67.
- 54 Cost-effectiveness analysis of rotavirus vaccination of Belgian infants D/2007/10.273/11.
- 59 Laboratory tests in general practice D/2007/10.273/26.
- 60 Pulmonary Function Tests in Adults D/2007/10.273/29.
- 64 HPV Vaccination for the Prevention of Cervical Cancer in Belgium: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/43.
- 65 Organisation and financing of genetic testing in Belgium. D/2007/10.273/46.
- 66 Health Technology Assessment: Drug-Eluting Stents in Belgium. D/2007/10.273/49.
- 70. Comparative study of hospital accreditation programs in Europe. D/2008/10.273/03
- 71. Guidance for the use of ophthalmic tests in clinical practice. D/2008/10.273/06.
- 72. Physician workforce supply in Belgium. Current situation and challenges. D/2008/10.273/09.
- 74 Hyperbaric Oxygen Therapy: a Rapid Assessment. D/2008/10.273/15.
- 76. Quality improvement in general practice in Belgium: status quo or quo vadis? D/2008/10.273/20
- 82. 64-Slice computed tomography imaging of coronary arteries in patients suspected for coronary artery disease. D/2008/10.273/42
- 83. International comparison of reimbursement principles and legal aspects of plastic surgery. D/2008/10.273/45
- 87. Consumption of physiotherapy and physical and rehabilitation medicine in Belgium. D/2008/10.273/56
- 90. Making general practice attractive: encouraging GP attraction and retention D/2008/10.273/66.
- 91 Hearing aids in Belgium: health technology assessment. D/2008/10.273/69.
- 92. Nosocomial Infections in Belgium, part I: national prevalence study. D/2008/10.273/72.
- 93. Detection of adverse events in administrative databases. D/2008/10.273/75.
- 95. Percutaneous heart valve implantation in congenital and degenerative valve disease. A rapid Health Technology Assessment. D/2008/10.273/81
- 100. Threshold values for cost-effectiveness in health care. D/2008/10.273/96
- 102. Nosocomial Infections in Belgium: Part II, Impact on Mortality and Costs. D/2009/10.273/03
- 103 Mental health care reforms: evaluation research of 'therapeutic projects' - first intermediate report. D/2009/10.273/06.
- 104. Robot-assisted surgery: health technology assessment. D/2009/10.273/09
- 108. Tiotropium in the Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Health Technology Assessment. D/2009/10.273/20
- 109. The value of EEG and evoked potentials in clinical practice. D/2009/10.273/23
- 111. Pharmaceutical and non-pharmaceutical interventions for Alzheimer's Disease, a rapid assessment. D/2009/10.273/29
- 112. Policies for Orphan Diseases and Orphan Drugs. D/2009/10.273/32.
- 113. The volume of surgical interventions and its impact on the outcome: feasibility study based on Belgian data
- 114. Endobronchial valves in the treatment of severe pulmonary emphysema. A rapid Health Technology Assessment. D/2009/10.273/39
- 115. Organisation of palliative care in Belgium. D/2009/10.273/42
- 116. Interspinous implants and pedicle screws for dynamic stabilization of lumbar spine: Rapid assessment. D/2009/10.273/46

117. Use of point-of care devices in patients with oral anticoagulation: a Health Technology Assessment. D/2009/10.273/49.
118. Advantages, disadvantages and feasibility of the introduction of 'Pay for Quality' programmes in Belgium. D/2009/10.273/52.
119. Non-specific neck pain: diagnosis and treatment. D/2009/10.273/56.
121. Feasibility study of the introduction of an all-inclusive case-based hospital financing system in Belgium. D/2010/10.273/03
122. Financing of home nursing in Belgium. D/2010/10.273/07
123. Mental health care reforms: evaluation research of 'therapeutic projects' - second intermediate report. D/2010/10.273/10
124. Organisation and financing of chronic dialysis in Belgium. D/2010/10.273/13
125. Impact of academic detailing on primary care physicians. D/2010/10.273/16
126. The reference price system and socioeconomic differences in the use of low cost drugs. D/2010/10.273/20.
127. Cost-effectiveness of antiviral treatment of chronic hepatitis B in Belgium. Part I: Literature review and results of a national study. D/2010/10.273/24.
128. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. D/2010/10.273/27.
129. Breast cancer screening with mammography for women in the agegroup of 40-49 years. D/2010/10.273/30.
130. Quality criteria for training settings in postgraduate medical education. D/2010/10.273/35.
131. Seamless care with regard to medications between hospital and home. D/2010/10.273/39.
132. Is neonatal screening for cystic fibrosis recommended in Belgium? D/2010/10.273/43.
133. Optimisation of the operational processes of the Special Solidarity Fund. D/2010/10.273/46.
135. Emergency psychiatric care for children and adolescents. D/2010/10.273/51.
136. Remote monitoring for patients with implanted defibrillator. Technology evaluation and broader regulatory framework. D/2010/10.273/55.
137. Pacemaker therapy for bradycardia in Belgium. D/2010/10.273/58.
138. The Belgian health system in 2010. D/2010/10.273/61.
139. Guideline relative to low risk birth. D/2010/10.273/64.
140. Cardiac rehabilitation: clinical effectiveness and utilisation in Belgium. d/2010/10.273/67.
141. Statins in Belgium: utilization trends and impact of reimbursement policies. D/2010/10.273/71.
142. Quality of care in oncology: Testicular cancer guidelines. D/2010/10.273/74
143. Quality of care in oncology: Breast cancer guidelines. D/2010/10.273/77.
144. Organization of mental health care for persons with severe and persistent mental illness. What is the evidence? D/2010/10.273/80.
146. Mental health care reforms: evaluation research of 'therapeutic projects'. D/2010/10.273/87
147. Drug reimbursement systems: international comparison and policy recommendations. D/2010/10.273/90

This list only includes those KCE reports for which a full English version is available. However, all KCE reports are available with a French or Dutch executive summary and often contain a scientific summary in English.

