

INTERET DE L'OSTEOPATHIE
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES DORSALGIES FONCTIONNELLES

LEBAILLY

François

PROMOTION 7

Année 2015-2016

Liste des abréviations :

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES : Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANM : Académie Nationale de Médecine

ATCD : AnTéCéDent

AVP : Accident de la Voie Publique

DIM : Déangement Intervertébral Mineur

DRAD : Douleur du Rachis par Auto-questionnaire de Dallas

EMC : Encyclopédie Médico-Chirurgicale

EMG : ElectroMyoGramme

EVA : Echelle Visuelle Analogique

GEL : Groupe d'étude des Lombalgies

HAS : Haute Autorité de Santé

HCD : HypoChondre Droit

HCG : HypoChondre Gauche

INSERM : Institut Nationale sur la Santé Et la Recherche Médicale

LTR : Lésion Tissulaire Réversible

MFOS : Modèle Fondamental en Ostéopathie structurelle

MSD : Membre Supérieur Droit

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGO : Reflux Gastro Oesophagien

SOPK : Syndrome des Ovaires Poly Kystiques

VI : Variable Indépendante

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	7
2	PROBLEMATIQUE	8
2.1	<i>Définition médicale de la dorsalgie commune et prise en charge habituelle ..</i>	9
2.2	<i>Réflexion sur la santé et l'apport de l'ostéopathie en thérapeutique.....</i>	10
2.3	<i>Les lacunes de la recherche en ostéopathie.....</i>	13
2.4	<i>En conclusion</i>	13
3	HYPOTHESES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4	POPULATION	17
4.1	<i>Population</i>	17
4.2	<i>Critères d'inclusion</i>	17
4.3	<i>Critère d'exclusion.....</i>	17
5	MATERIEL ET METHODE	18
5.1	<i>Protocole</i>	18
5.1.1	<i>Déroulement de l'étude.....</i>	18
5.1.2	<i>Description du traitement ostéopathique</i>	20
5.2	<i>Matériel</i>	21
5.2.1	<i>Critères d'évaluation</i>	21

5.2.2	Analyse descriptive	22
5.2.3	Analyse statistique	23
6	RESULTATS	23
6.1	Généralités	23
6.2	Caractéristiques de la population étudiée	24
6.3	Analyse descriptive des cas « Ostéo » d'Agneaux	25
6.3.1	Présentation des cas	25
6.3.2	Résultats des manipulations	26
6.3.3	Réponses aux questionnaires	29
6.3.4	Conclusion de l'analyse descriptive	32
6.4	Analyse statistique des résultats.....	32
6.4.1	Comparaison des populations	33
6.4.2	Echelle Visuelle Analogique	33
6.4.3	Consommation d'antidouleur et Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens.....	35
6.4.4	Incapacité.....	36
6.4.5	Bien-être	38
6.4.6	Conclusion de l'analyse statistique	38
7	DISCUSSION.....	39
7.1	Discussion à propos de l'analyse descriptive des cas du groupe « Ostéo » d'Agneaux	39
7.2	Discussion à propos de l'étude globale.....	42
7.2.1	Quelques faiblesses méthodologiques	42
7.2.2	Des contraintes inhérentes au contexte du mémoire	43
7.2.3	Des points forts à souligner	44
7.3	Discussion de l'analyse statistique	45
7.3.1	Qualité de l'analyse statistique	45
7.3.2	Les résultats.....	46
7.3.3	Consolidation du MFOS.....	47

7.4	<i>Ouvertures / Mises en perspective</i>	48
7.4.1	À propos des résultats de l'étude	48
7.4.2	À propos de la recherche en ostéopathie	48
8	CONCLUSION	49
9	BIBLIOGRAPHIE	51
10	ANNEXES	53
10.1	<i>Annexe 1 : Abrégé de prise en charge médicale des dorsalgies []</i>	53
10.2	<i>Annexe 2 : Lettre d'information aux médecins</i>	54
10.3	<i>Annexe 3 : formulaire d'explication au patient et formulaire de consentement éclairé</i>	56
10.4	<i>Annexe 4 : Fiche d'évaluation clinique type</i>	61

Table des figures :

<i>Figure 1. Hypothèse sur la douleur.....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 2. Hypothèse sur l'incapacité fonctionnelle.....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 3. Hypothèse sur la qualité de vie.....</i>	<i>16</i>
<i>Figure 4.hypothèse sur la consommation médicamenteuse.....</i>	<i>16</i>
<i>Figure 5. Présentation des étapes du protocole</i>	<i>21</i>
<i>Figure 6. Présentation de la population générale de l'étude</i>	<i>24</i>
<i>Figure 7. Présentation des cas cliniques synthétique.....</i>	<i>25</i>
<i>Figure 8. Tableau qualitatif des LTR retrouvées par cas.....</i>	<i>26</i>
<i>Figure 9. Relevé quantitatif des LTR retrouvées par cas</i>	<i>28</i>
<i>Figure 10. Evolution de l'EVA fonction des cas.....</i>	<i>29</i>
<i>Figure 11. Évolution de la consommation d'antidouleurs fonction des cas</i>	<i>29</i>
<i>Figure 12. Évolution de la consommation d'AINS fonction des cas.....</i>	<i>30</i>
<i>Figure 13. Évolution de l'incapacité fonction des cas.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 14 . Evolution du bien-être fonction des cas.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 15. analyse statistique de l'évolution de l'EVA.....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 16. Courbe d'évolution de l'EVA</i>	<i>34</i>
<i>Figure 17. analyse statistique de l'évolution de la consommation d'antidouleurs</i>	<i>35</i>
<i>Figure 18 analyse statistique de l'évolution de la consommation d'AINS.....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 19. Analyse statistique de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle.....</i>	<i>36</i>
<i>Figure 20. Courbe d'évolution de l'incapacité fonctionnelle</i>	<i>37</i>
<i>Figure 21. Analyse statistique de l'évolution du bien-être</i>	<i>38</i>

1 INTRODUCTION

Les douleurs ou pathologies fonctionnelles sont une peu les « laissées pour compte » de la médecine traditionnelle. N'ayant aucun support organique visible, les traitements proposés dans ces situations sont uniquement symptomatiques ou adaptatifs, pour cacher le problème, sans en comprendre l'origine ni comment l'améliorer sur le fond.

C'est à ces cas de figure que l'ostéopathie se propose de trouver une explication alternative, par un mode de conception de la santé complémentaire de la médecine traditionnelle. Pour autant, elle peine à trouver sa place dans le système de soins actuel par manque de reconnaissance scientifique. Ce travail se propose donc, autour du sujet des dorsalgies fonctionnelles, sujet assez représentatif des limites du modèle médical, d'élaborer une étude clinique afin d'évaluer l'efficacité potentielle de l'ostéopathie face à cette pathologie et, de ce fait, conforter le mode de raisonnement ostéopathique quant à ces pathologies fonctionnelles.

2 PROBLEMATIQUE

De manière générale, quand une personne se présente pour douleur thoracique chez un médecin, elle est d'origine pariétale dans 29% des cas en Europe, et 36% aux Etats Unis [1], ce qui représente un coût et un volume de consultation énormes en soins primaires.

Dans une consultation de médecine générale classique, il arrive régulièrement que des patients se présentent pour des douleurs thoraciques bénignes, appelées communes, ou d'origine fonctionnelle. Ces dorsalgies représenteraient environ 5 à 10% des consultations de rhumatologie [2] également.

A ce jour, les recommandations quant à leur prise en charge sont soit des traitements symptomatiques sur la douleur, ou adaptatifs (rééducation ou modification de poste de travail), mais la prise en charge classique ne propose pas de traitement curatif.

2.1 Définition médicale de la dorsalgie commune et prise en charge habituelle

Quand on recherche les recommandations médicales pour la prise en charge des rachialgies communes (non compliquées, non secondaires), on se rend compte que les seuls traitements préconisés à ce jour sont les traitements médicamenteux en première intention.

Dans la référence théorique que sont les Encyclopédies Médico-Chirurgicales (EMC) [3], la démarche diagnostique considère les dorsalgies communes comme un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire que toutes les autres causes de pathologies primitives ou secondaires ont été considérées et éliminées. A ce jour, il n'y a pas de définition physiopathologique établie de la dorsalgie commune, car les causes n'ont pas l'air d'être réellement comprises. Les auteurs de l'EMC évoquent les causes environnementales, les règles hygiéno-diététiques, les mouvements répétés du quotidien ou les postures de travail sans pour autant expliquer la cause de la douleur et de la gêne fonctionnelle éventuelle. La seule piste évoquée est celle des Dérangements intervertébraux mineurs (DIM) [4], concept créé par le Dr Robert Maigne pour expliquer les douleurs communes mécaniques d'origine vertébrale. Il représente une souffrance mineure du segment mobile vertébral ; il ne décrit pas une lésion anatomique, mais une "dysfonction" bénigne réversible qui pourrait s'apparenter à la notion de lésion ostéopathique telle qu'elle est définie par le modèle structurel, à la différence que le Dr Maigne considère qu'ils peuvent disparaître spontanément.

Il est donc compréhensible que devant cette méconnaissance de la physiopathologie de cette gêne fonctionnelle, et la confusion entre facteur déclenchant et facteur « causal », le traitement proposé ne soit pas « curatif » mais symptomatique (antalgiques, AINS, myorelaxants, rééducation voire adaptation de poste si chronique).

2.2 Réflexion sur la santé et l'apport de l'ostéopathie en thérapeutique

Le concept introduit par l'ostéopathie dans la considération des pathologies qualifiées médicalement de fonctionnelles (car non organiques) est la notion d'état de santé individuel.

En médecine traditionnelle, ce questionnement n'est pas du tout abordé ou envisagé de la même façon. On considère qu'une personne est en bonne ou mauvaise santé en fonction de la somme de ses antécédents personnels ou familiaux, ses facteurs de risques, son hygiène de vie, etc. Ces éléments sont pris en compte plutôt dans la démarche diagnostique et thérapeutique de nouveaux signes cliniques.

On parle d'ailleurs plus de l'état de santé d'une population grâce à des indices sur des critères spécifiques (tels que le taux de morbi-mortalité du cancer, des maladies cardiovasculaires, de la prévalence de la mortalité infantile), cela à un instant T, servant d'outil comparatif de populations et permettant d'identifier des problèmes de plus grande échelle, les problèmes dits de « santé publique ».

En ostéopathie, l'état de santé correspond à ce qu'on pourrait appeler plus trivialement « l'état de forme » personnel, c'est-à-dire la capacité de l'organisme à supporter les sollicitations extérieures, ou s'y adapter.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [5], et la définition de l'ostéopathie émise en 2010 est la suivante :

« L'ostéopathie s'appuie sur le contact manuel pour diagnostiquer et traiter. Elle respecte les relations entre le corps, la pensée et l'esprit dans le maintien de la santé et la genèse des maladies. Elle accorde une importance toute particulière à l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps qui présente une tendance intrinsèque à l'autorégulation » [6].

L'article 1er du décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie cadre bien cette théorie :

«Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques».

En pratique, les ostéopathes considèrent [7,8] que la remise en fonction de la mécanique corporelle peut entraîner une régulation de l'homéostasie (capacité de l'organisme à conserver son équilibre de fonctionnement en dépit des contraintes extérieures). L'ostéopathe traite principalement les maladies dites fonctionnelles, et éventuellement psychosomatiques. L'ostéopathe recherche des modifications de densité d'un tissu par un diagnostic ostéopathique. La lésion fonctionnelle tissulaire ou « dysfonction ostéopathique » au sens large est caractérisée par une modification des propriétés élastiques des tissus où que ce soit, et réversible par une manipulation appropriée.

En transposant cette vision de la santé au cas concret des dorsalgies communes, on peut alors apporter une nouvelle explication aux phénomènes douloureux. Une zone dorsale moins souple ou moins déformable, ne pouvant plus assurer sa fonction originelle, se mettrait donc en souffrance si on la sollicite au-delà de ce qu'elle peut supporter.

L'ostéopathe lui rendant par des manipulations ciblées ses qualités intrinsèques inhibées, la zone pourrait de nouveau s'adapter aux contraintes extérieures et ne plus en souffrir. C'est cette approche physiopathologique des pathologies fonctionnelles qui offre une nouvelle modélisation de nombreuses pathologies incomprises par la médecine traditionnelle et, de ce fait, des nouvelles perspectives de prise en charge.

Une autre considération introduite par l'ostéopathie est l'interaction des différentes zones du corps entre elles, en se basant sur l'anatomie et la physiologie, de s'intéresser aux propriétés du tissu conjonctif, et surtout de prendre en compte l'importance des rapports et réactions neurovégétatifs, phénomènes peu considérés habituellement. D'autant plus que

l'ostéopathie, basée sur des manœuvres réflexes, utilise énormément ces voies neurologiques pour véhiculer son action.

La médecine traditionnelle a tendance à occulter que chaque zone du corps :

- a des rapports mécaniques de proximité et préférentiels à distance avec d'autres zones du corps
- est gérée par une commande neurologique directe
- est gérée également par une commande neuro-végétative simple (système pariétal => orthosympathique) voire double (système viscéral => ortho et parasympathique).
- fait partie d'une organisation métamérique qui explique les douleurs projetées et les relations entre systèmes viscéraux et pariétaux.

La recherche médicale ayant évolué vers des spécialisations de plus en plus poussées et spécifiques, les différentes zones corporelles sont la plupart du temps étudiées de façon indépendantes sans essayer de systématiser les interrelations entre les différents systèmes.

Il existe pourtant des situations cliniques connues où ces mécanismes sont considérés :

- douleur de genou sur arthrose de hanche
- douleur d'épaule sur cholécystite
- douleur de mâchoire ou bras gauche, troubles digestifs dans l'infarctus du myocarde
- etc.

L'intérêt du Modèle Fondamental en Ostéopathie Structurale (MFOS) est d'une part d'envisager toutes les zones du corps en considérant cette systématisation selon ce qu'on appelle les variables de régulations mécaniques, neurologiques et neuro-vasculaires, et de prendre en compte ces relations dans des situations parfois infra-cliniques (investigation des éventuelles tensions sur le conjonctif péri-stomacal/sous diaphragmatique asymptomatiques dans l'expression de douleurs dorsales moyennes par relation métamériques, dans le cadre du sujet actuel) .

Il paraît donc logique, au vu des habilitations et compétences complémentaires des ostéopathes, de proposer leurs soins aux patients présentant des pathologies fonctionnelles, dont les dorsalgies communes. Malgré tout, cette science souffre encore d'un manque de reconnaissance.

2.3 Les lacunes de la recherche en ostéopathie

À ce jour, il n'existe aucune recommandation officielle de la Haute Autorité de Santé (HAS) quant au recours à l'ostéopathie en général. Des recommandations ont été émises par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES) en 2000 et concernent uniquement les lombalgies aiguës [9] et chroniques [10].

Les ostéopathes prétendent pouvoir soigner de nombreuses pathologies, présentées sous forme de liste sur les différents sites de syndicats d'ostéopathie [11,12]. Le problème de ces listes est que la prétendue efficacité de l'ostéopathie sur la majorité des indications citées ne repose que sur de l'empirisme pur, les indications retenues étant le fruit de leurs expériences croisées et de l'application pratique de leur modèle théorique. De plus, certaines indications citées peuvent parfois donner lieu à controverse, car elles évoquent des pathologies autres que fonctionnelles, et son efficacité clinique est souvent remise en cause par les institutions scientifiques.

La littérature scientifique reste pauvre au niveau du nombre d'études démontrant une efficacité réelle de l'ostéopathie et même des thérapies manuelles en général. Les conclusions des rapports de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) [13] et de l'Académie Nationale de Médecine (ANM) [14] ne retenaient que les indications de douleurs rachidiennes car ce sont celles qui sont à ce jour les plus étudiées et pour lesquelles les études semblaient en faveur d'une efficacité. Les différents rapporteurs considéraient que les essais évaluant d'autres indications étaient trop peu nombreux et avaient un niveau de preuve insuffisant pour pouvoir conclure.

Aucune étude spécifique sur les dorsalgies communes de la population générale n'a pu être recensée à ce jour. Cependant, des publications encourageantes existent sur les douleurs intercostales [15], ou les douleurs d'épaule en rapport avec des blocages thoraciques et costaux supérieurs [16,17].

2.4 En conclusion

Devant les limites de la médecine traditionnelle face aux dorsalgies communes, qui ne propose que des traitements symptomatiques ou adaptatifs, il est légitime de se demander

si l'apport de l'ostéopathie, du fait de sa vision de la santé et de la physiopathologie des problèmes considérés fonctionnels, pourrait aider à mieux soulager les patients qui en souffrent.

A ce jour, aucune étude spécifique n'a été recensée sur le sujet sur les sites biomédicaux usuels. Ce travail propose donc de réaliser une étude qui évalue les effets d'une prise en charge médicale classique simple ou associée à une prise en charge ostéopathique complémentaire.

3 HYPOTHESES

Cette étude évalue les effets d'un traitement ostéopathique composé de 2 séances personnalisées délivrées à sept jours d'intervalle, sur 3 indicateurs (ou variables dépendantes). Les mesures sont effectuées 3 fois à 7 jours d'intervalle dans les mêmes conditions pour le groupe « Ostéo » et pour le groupe « Témoin » :

- la qualité de vie
- les incapacités fonctionnelles
- la douleur
- la sédation médicamenteuse de la douleur

Cette étude cherche à :

- déterminer si la prise en charge ostéopathique permet une diminution ou une sédation de la douleur supérieure aux patients n'ayant reçu qu'un traitement médical,
- déterminer si la prise en charge ostéopathique permet de réduire davantage la consommation médicamenteuse d'antalgiques et AINS des patients du groupe bénéficiant d'ostéopathie, la consommation médicamenteuse étant un indicateur indirect de la douleur ressentie.
- évaluer si les incapacités fonctionnelles liées aux dorsalgies diminuent davantage chez les patients du groupe « ostéopathie »,

- évaluer si la qualité de vie des patients du groupe « ostéopathie » est davantage améliorée

Les hypothèses opérationnelles sont :

- L'amélioration de la sédation de la douleur est significative entre les groupes « OSTEO » et « TEMOIN » à la deuxième et troisième évaluation clinique, les groupes étant homogènes initialement.
- L'évolution de l'incapacité est significativement différente entre les deux groupes à la deuxième et troisième évaluation clinique.
- La qualité de vie est significativement plus améliorée dans le groupe « OSTEO » à la deuxième et troisième évaluation clinique.
- La consommation de médicaments diminue significativement plus rapidement pour le groupe « OSTEO » que pour le groupe « TEMOIN » lors des deuxième et troisième évaluations.

Les hypothèses sont résumées schématiquement de la manière suivante :

Figure 1. Hypothèse sur la douleur

Sédation de la douleur	J7	J14	J21
OSTEO	+++	+	—
TEMOIN	+++	++	+

Figure 2. Hypothèse sur l'incapacité fonctionnelle

Incapacité fonctionnelle	J7	J14	J21
OSTEO	+++	+ -	—
TEMOIN	+++	+ +	+

Figure 3. Hypothèse sur la qualité de vie

Qualité de vie / bien-être	J7	J14	J21
OSTEO	—	++	+++
TEMOIN	—	+ -	+

Figure 4.hypothèse sur la consommation médicamenteuse

Consommation médicamenteuse en cp/24 h :	J7	J14	J21
OSTEO	+++	+	—
TEMOIN	+++	++	+

4 POPULATION

4.1 Population

Les patients sélectionnés sont des patients de 18 à 60 ans, hommes ou femmes.

Tous les patients ont été évalués à J0 par un médecin généraliste, afin de juger de leur inclusion possible dans le protocole, de leur prescrire un traitement symptomatique systématisé (paracétamol et ibuprofène), et leur remettre le dossier d'étude.

La population finale est constituée de 24 patients, (14 femmes et 10 hommes), âgés de 20 à 59 ans. 16 patients ont été inclus dans le groupe « Ostéo », 8 patients dans le groupe « Témoin ».

4.2 Critères d'inclusion

Les médecins déterminent les patients présentant une dorsalgie d'horaire mécanique évoquant une cause pariétale :

- sans argument pour cause secondaire (pathologie cardiaque, pleuro-pulmonaire, métastatique ou digestive, zona évolutif ou séquelles)
- Sans signe neurologique (névralgie intercostale, syndrome canalaire, pathologie discale...)
- Sans argument pour atteinte osseuse (trauma récent avec potentielle fracture ou tassement non bilanté)

4.3 Critère d'exclusion

- Antécédents (ATCD) cardiovasculaire, pneumologique, néoplasique ou auto-immun
- Pas de maladie ostéo-articulaire (ostéoporose, Marfan, Paget, scoliose, séquelles de fracture sur zone douloureuse...) l'arthrose non compliquée n'est pas une contre indication
- Infection bactérienne intercurrente

- Contre indication ou allergie au traitement médical symptomatique
- Traitement de fond pour ou influençant un syndrome douloureux chronique
- Consultations antérieures chez un ostéopathe pour le même motif dans les 3 derniers mois.

5 MATERIEL ET METHODE

La méthode choisie est un suivi de cohorte de patients pendant 3 semaines afin de pouvoir juger de l'efficacité à court terme du/des traitements grâce à des questionnaires d'auto-évaluation. Les patients ont été repartis en deux groupes :

- un «Groupe Ostéo», ayant reçu un traitement ostéopathique approprié en plus du traitement médical symptomatique
- un « Groupe témoin» n'ayant reçu qu'un traitement médical symptomatique.

5.1 Protocole

5.1.1 Déroulement de l'étude

Les patients ont été recrutés par les médecins ayant accepté de participer à l'étude, au pôle médical d'Agneaux (50). Une étude similaire s'est déroulée en parallèle à Bégard/Louargat (22). Un courrier d'information a été remis à chaque médecin afin de définir le cadre scientifique de l'étude, en décrivant précisément les critères d'inclusion et d'exclusion.

Les patients éligibles et volontaires pour participer à cette étude ont été vus par l'étudiant dans la semaine suivant le diagnostic afin de présenter le protocole. Après avoir signé une lettre de consentement éclairé, une fiche de renseignements préalables a été renseignée et un dossier papier contenant les auto-questionnaires à remplir tout au long du protocole leur était distribué.

Ils ont été répartis aléatoirement en deux groupes, le groupe « Ostéo » recevant les soins ostéopathiques, le groupe « Témoin » ne recevant que le traitement médical symptomatique (paracétamol et ibuprofène à la demande).

L'inclusion dans les groupes se fait par tirage au sort d'un papier numéroté de 1 à 10 dans une urne fermée. Les patients tirant un chiffre pair intégraient le groupe « Ostéo », ceux un chiffre impair le groupe « Témoin ». Afin d'équilibrer les groupes, les patients tiraient au sort dans les papiers restant et l'urne était remplie à nouveau quand les 10 premiers numéros avaient été attribués.

Pour les deux groupes, la méthode d'évaluation se faisait par auto-questionnaire à réponses semi-fermées, à répondre de façon autonome, à J7, J14 et J21. Le calendrier médicamenteux était rempli une fois par semaine. Cette méthode permettait de limiter les biais d'attente de l'évaluateur, et de faire une analyse statistique quantitative des données recueillies.

- Prise en charge du groupe « OSTEO » :

Les patients inclus dans ce groupe voyaient le thérapeute dans la semaine suivant leur inclusion dans l'étude l'ostéopathe, en fonction des disponibilités de chacun, mais préférentiellement à J7 pour avoir le plus de recul possible sur la consommation médicamenteuse avant traitement ostéopathique. Une deuxième séance était programmée à J7 de la première séance à titre systématique, soit J14 pour standardiser les soins. Les auto-questionnaires devaient être remplis avant la première consultation et à J7 de la deuxième. Le thérapeute disposait d'une fiche clinique dans le but de pouvoir organiser son traitement.

- Prise en charge du groupe « Témoin »

Les patients inclus dans ce groupe remplissaient seuls leurs calendriers médicamenteux et questionnaires d'auto-évaluation. Un appel leur était passé à J7 et J21 pour s'assurer du bon respect du calendrier d'évaluation sans demander les réponses pour ne pas influencer sur les résultats.

Les patients ont tous été rappelés à J21 afin de récupérer les questionnaires d'auto-évaluation.

5.1.2 Description du traitement ostéopathique

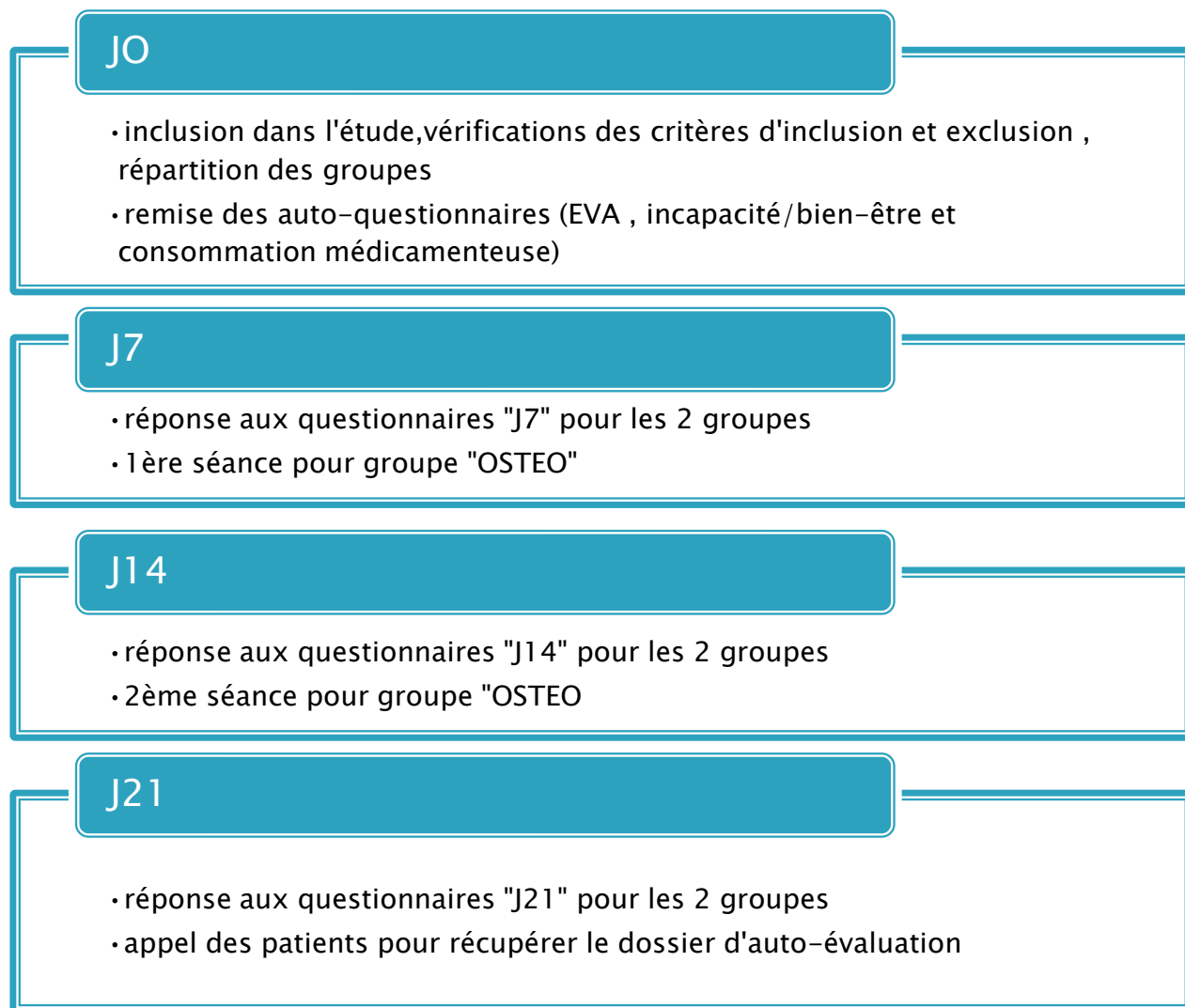
Dans le groupe « Ostéo », les patients ont reçu un traitement ostéopathique structurel adapté à leur situation clinique. Il n'a pas été établi de traitement standardisé car on considère que celui-ci varie en fonction du patient et de sa plainte, et pouvant inclure un traitement viscéral ou tissulaire si nécessaire.

Le déroulement de la séance est cependant systématisé comme dans toute séance d'ostéopathie :

- interrogatoire cherchant à préciser la plainte, l'histoire de la maladie, l'anamnèse, retrouver des critères d'exclusions éventuels, les antécédents médicaux
- examen clinique évaluant les capacités fonctionnelles de la personne et cherchant des Lésions Tissulaires Réversibles (LTR) formant un schéma lésionnel cohérent avec la plainte, en suivant la structuration de raisonnement systématisé des variables de régulations mécaniques, neurologiques et vasculaires
- traitement de ces lésions dans la mesure du possible
- réévaluation de l'amélioration clinique et fonctionnelle de la personne en fin de séance
- compilation des données de la consultation dans la fiche clinique dédiée.

Lors de la deuxième séance, le même protocole est respecté, en précisant l'évolution entre les deux séances, et en tenant compte des zones en lésions repérées à la première.

Figure 5. Présentation des étapes du protocole



5.2 Matériel

5.2.1 Critères d'évaluation

Le protocole choisi s'est orienté vers plusieurs critères de jugement :

- L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) de la douleur:

La mesure de la sédation de la douleur s'impose comme un des critères essentiels lors de la prise en charge de syndrome douloureux. Le renseignement de l'EVA est un critère simple, reproductible et permettant un suivi de l'évolution de la douleur au cours des différentes auto-évaluations.

- La mesure de l'incapacité et du bien être :

L'échelle de Dallas [18] a été choisie comme base de grille d'évaluation pour trois raisons :

- Sa version française nommée « DRAD » est reconnue par le conseil scientifique de la Société Française de Rhumatologie spécialisé dans les douleurs rachidiennes (Groupe d'Etudes des Lombalgies, ou GEL).
- Elle permet de considérer la dimension cognitivo-comportementale de la douleur chronique (selon le modèle bio-psycho-social).
- La structuration de cette échelle permettait de la dichotomiser afin de pouvoir étudier les résultats en séparant incapacité (capacité à effectuer les activités du quotidien) et qualité de vie/bien être (impact de l'incapacité sur la dimension psycho-sociale), tout en gardant les questions simples, adaptées et intelligibles dans le cadre spécifique des dorsalgies.

- La mesure de la consommation médicamenteuse :

Un calendrier médicamenteux a été établi pour mesurer le nombre de prise hebdomadaire ou quotidienne de paracétamol (1g) et/ou ibuprofène (400mg), en échelonnant les modes de prise de 0 = aucune prise à 4 = plusieurs fois par jour.

5.2.2 Analyse descriptive

La population générale de l'étude a été décrite de façon générale en fonction de l'âge et du sexe des patients, avec tableau récapitulatif en fonction des différents groupes.

Les données concernant spécifiquement le groupe « Ostéo » d'Agneaux ont été compilées selon différents axes :

- Présentation des cas cliniques avec tableau récapitulatif
- Présentation des résultats avec analyse qualitative et quantitative des LTR retrouvées
- Synthèse des réponses aux questionnaires avec visualisation de l'évolution des réponses.

5.2.3 Analyse statistique

Les données ont été interprétées selon 2 méthodes statistiques :

- En premier lieu, analyses par comparaison de moyennes adaptées aux petits échantillons par test de Mann et Whitney, test exact de Fisher pour les pourcentages, et ANOVA pour analyse de variance sur l'effet temps.
- En deuxième lieu, analyse par modélisation mixte, en recherchant des effets combinés de variables par test de vraisemblance, ou paramétrique de Wald. Ce mode d'analyse statistique est le plus adapté pour prendre en compte la répétition des mesures chez des mêmes sujets au cours du temps et d'évaluer la corrélation entre ces mesures.

6 RESULTATS

6.1 Généralités

L'étude s'est déroulée sur 3 mois, du 1^{er} Mars au 31 mai 2016, correspondant à la date de fin du dernier protocole potentiel.

Dans la partie de l'étude faite à Agneaux, le recrutement n'a pas été suffisant pour pouvoir créer 2 groupes. Il a donc été décidé en cours d'étude d'inclure tous les patients adressés par les confrères dans le groupe « OSTEO » afin de pouvoir faire au minimum une étude de cas prospective. Le recrutement dans l'étude faite à Bégard a été suffisant pour suivre le protocole initial.

Les résultats se présentent donc en 2 parties, une phase descriptive des 6 cas vus au cabinet d'Agneaux et une phase d'analyse statistique inférentielle où les données des 2 sites ont été colligées afin d'optimiser la puissance de l'étude.

6.2 Caractéristiques de la population étudiée

- La moyenne d'âge des patients inclus dans l'étude était de 38,5 ans (écart type = 10,8 ans)
- La répartition des genres était de 54,2 % de femmes et 45,8 % d'hommes.
- La répartition sur le délai d'évolution de la douleur était de 58,3% de cas aigus et 41,7% de cas chroniques.
- Sur 24 participants, 18 ont été inclus à Bégard et repartis par tirage au sort : 10 ont été intégrés au groupe « OSTEO », 8 au groupe « TEMOIN ». Les 6 restants ont été intégrés d'office au groupe « OSTEO » à Agneaux.
- Un patient a été exclu per protocole du groupe « Témoin » pour fracture tassement hyperalgique diagnostiqué secondairement.
- La proportion est donc de 66,6% patients dans le groupe « OSTEO » et 33,3% dans le groupe « TEMOIN ».

Figure 6. Présentation de la population générale de l'étude

	Groupe « Ostéo » Agneaux	Groupe « Ostéo » Bégard/ Louargat	Groupe « Témoin »	Population totale de l'étude
Effectif	6	10	8	24 (100%)
Femmes	2	5	4	13 (54,2%)
Hommes	4	5	4	11 (45,8%)
Cas aigus	1	8	5	14(58,3%)
Cas chroniques	5	2	3	10(41,7%)
Age moyen	36	37,3	41,8	38,5

6.3 Analyse descriptive des cas « Ostéo » d'Agneaux

6.3.1 Présentation des cas

Le groupe « OSTÉO » d'Agneaux était constitué de 6 patients (4 femmes, 2 hommes), dont la moyenne d'âge est de 36 ans. 100% des patients ont été traités.

L'ensemble des dorsalgies fonctionnelles se compose de :

- 67% de dorsalgies supérieures
- 33 % de dorsalgies moyennes

Les patients se sont présentés principalement pour des dorsalgies chroniques (84%).

Dans 50% des cas, il n'y avait pas de facteur déclenchant précis et identifiable.

Figure 7. Présentation des cas cliniques synthétique

	Age	Sexe	Zone douloureuse	Depuis quand	Facteur déclenchant	Signes associés	ATCD en rapport
Cas 1	36	M	Sous scapulaire droite	2 mois	Effort au travail	RGO selon alimentation	Rachialgies fluctuantes bénignes
Cas 2	38	F	Dorsale sup gauche	1 mois	Spontané progressif	Digestif diffus	Douleurs similaires 2 ans avant résolution spontanée sous ttt médical, Migraines cervicalgies lombalgies
Cas 3	29	F	Dorsale sup droite	3-4 mois	Spontané, Décubitus latéral, mobilisation MSD	RGO	SOPK Sinusite chronique Céphalées postérieures
Cas 4	39	F	Sus scapulaire droite	3 mois (en arrêt de travail)	Effort au travail, depuis toux inspiration douloureuse	Paresthésies MSD (EMG négatif)	AVP (tonneaux en voiture) 2000 Arthrose lombaire
Cas 5	31	F	Dorsale haute	Fluctuant, 6 mois	Spontané progressif, horaire mécanique	Pesanteur épigastrique, cervicalgies	By pass (-40kg), Raideur rachis Inversion bascule sacrée , lombalgies
Cas 6	43	M	Dorsale moyenne G	2 semaines	Effort domestique	Gêne à l'inspiration	Cervicalgies occasionnelles

6.3.2 Résultats des manipulations

Les manipulations effectuées sont notées dans la fiche clinique à chaque séance, en fonction des LTR retrouvées en cohérence avec la plainte, ainsi que la facilité ou difficulté à les réaliser.

Afin de faciliter la lecture des résultats, une synthèse qualitative et quantitative des résultats a été réalisée.

- Analyse qualitative des résultats :

Voici un tableau récapitulatif des zones où des LTR ont été retrouvées en première séance en fonction des cas.

Figure 8. Tableau qualitatif des LTR retrouvées par cas

Séance 1 (à J7)	D1- D4	D5- D8	D9- D12	K1- K4	K5- K8	K9- K12	HCG	épig	HCD	Abdo bas	cervical
Cas 1	+	+	+		+		+	+			
Cas 2	+	+	+	+	+		+	+		+	+
Cas 3	+	+		+	+	+					+
Cas 4	+			+	+			+	+		+
Cas 5	+	+		+	+			+	+		+
Cas 6	+	+			+	+					+

Les LTR localisées et traitées se situaient en zone Dorsale Supérieure (D1-D4), Dorsale Moyenne (D5-D8), Dorsale Inférieure (D9-D12), Costal Supérieur (K1-K4), Costal Moyennes

(K5-K8), Costal Inférieures (K9-K12), Hypochondre Gauche (HCG), Épigastre (épig), Hypochondre Droit (HCD), abdominal bas (non sous diaphragmatique) et cervical.

Les LTR les plus fréquemment rencontrées se trouvaient au niveau :

- Dorsal supérieur (100%)
- Costal moyen (100%)
- Dorsal moyen (83%)
- Cervical (83%)
- Costal supérieur (66%)
- Épigastrique (66%)
- Dorsal / costal inférieur (33%)
- Hypochondres (33%)

Bien que les dorsalgies fonctionnelles revêtent de nombreuses formes symptomatiques, il apparaît que les dorsales supérieures et les côtes moyennes semblaient à chaque fois impliquées (100% des cas) dans les cas rencontrés. Des lésions en région dorsale moyenne et cervicale étaient également quasi systématiquement retrouvées (83%). La sphère abdominale était elle aussi fréquemment représentée, puisqu'il existait dans 66% des cas des LTR.

Analyse quantitative des résultats :

Un tableau récapitulatif du nombre de LTR trouvées et traitées pour chaque cas a été réalisé (figure). Il a uniquement été consigné dans ce tableau les LTR traitées par manipulations structurelles.

Figure 9. Relevé quantitatif des LTR retrouvées par cas

	Séance n° 1	Séance n° 2	Intérêt 3 ^e séance
Cas n°1	8	3	Non
Cas n°2	9	5	Oui
Cas n°3	7	5	Oui
Cas n°4	9	5	Non
Cas n°5	9	6	Oui
Cas n°6	6	3	Non

Ce tableau évoque que:

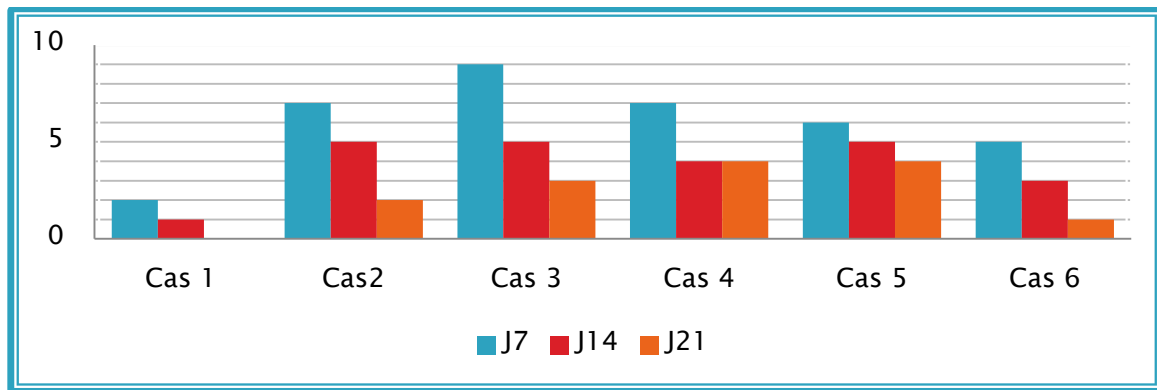
- Le nombre de LTR diminue entre la première séance (moyenne de 8 par cas) et la seconde séance (moyenne de 4,5 par cas)
- Les deux cas où la diminution du nombre de lésion est la plus grande (-50%) correspondent aux deux cas où l'expression de la douleur était la plus mécanique et la plus récente (cas 1 et 6)
- La moitié des patients auraient mérité au moins une séance supplémentaire à l'évaluation de fin de deuxième consultation.

6.3.3 Réponses aux questionnaires

Les résultats sont présentés sous forme d'histogramme afin de faciliter la lecture de l'évolution des réponses.

- Evolution de l'EVA :

Figure 10. Evolution de l'EVA fonction des cas

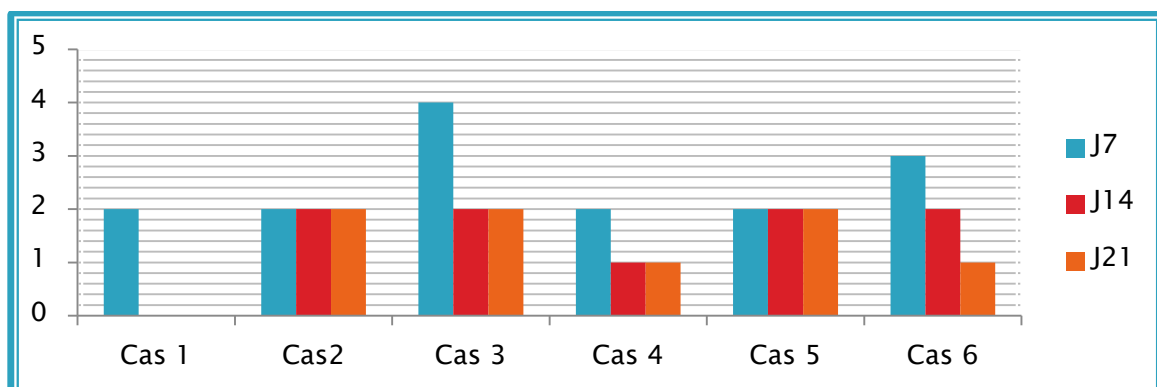


L'EVA était à coter par le patient de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale jamais ressentie).

- Tous les cas ont vu leur EVA diminuer au cours de l'étude, de 33% (cas 5) à 100% (cas 1).
- La moyenne de diminution globale était de 65%. Seul le cas 4 n'a pas eu d'amélioration entre J14 et J21.
- Seul le cas 1 ne ressentait aucune douleur à la fin de l'étude.

- Evolution de la consommation médicamenteuse :

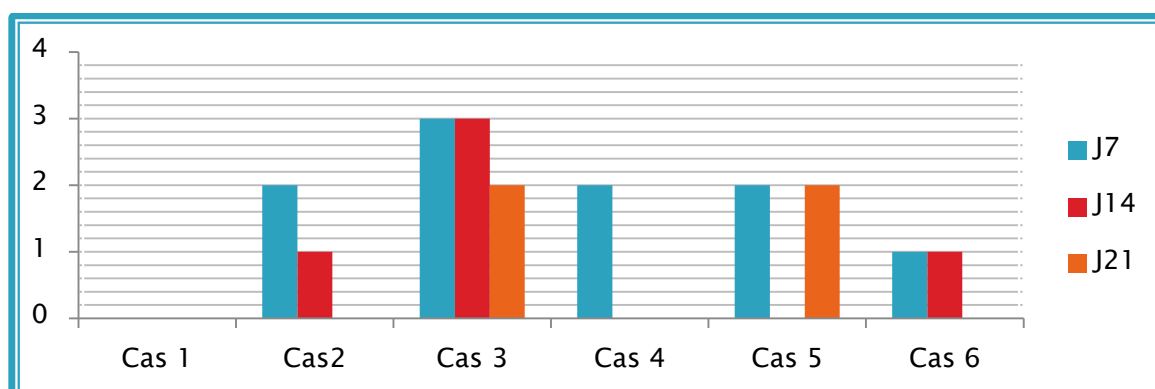
Figure 11. Évolution de la consommation d'antidouleurs fonction des cas



La consommation de paracétamol était à renseigner en fonction de la fréquence des prises, de 0 (aucune prise au cours des 8 derniers jours) à 4 (plusieurs fois par jour).

- 66% des patients ont diminué leur consommation au cours de l'étude, seuls les cas 2 et 5 n'ont pas modifié leur consommation (2 = quelques fois dans la semaine).
- Le cas 1 ne ressentant plus de douleur à J21 ne prenait plus d'antalgiques dès J14.
- La diminution moyenne de consommation était de 44%.

Figure 12. Évolution de la consommation d'AINS fonction des cas

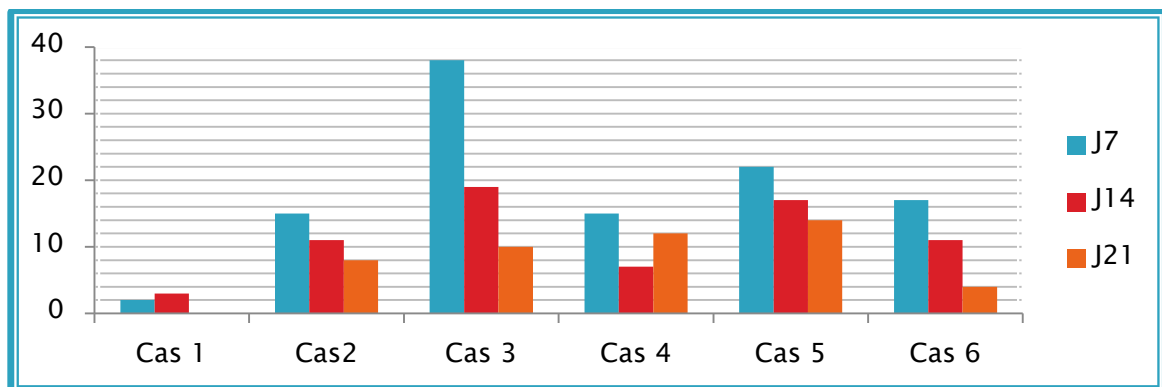


La consommation d'ibuprofène était également à renseigner en fonction de la fréquence des prises, de 0 (aucune prise au cours des 8 derniers jours) à 4 (plusieurs fois par jour).

- La consommation d'AINS est assez aléatoire, le calcul de baisse générale était inadapté.
- Le cas 1 n'en a jamais consommé.
- 60% des cas restant avaient arrêté le prendre de l'ibuprofène à J21.
- Le cas 3 n'a baissé sa consommation que de 33%, le cas 5 a eu un effet rebond avec retour à la consommation initiale.

- Evolution de l'incapacité :

Figure 13. Évolution de l'incapacité fonction des cas

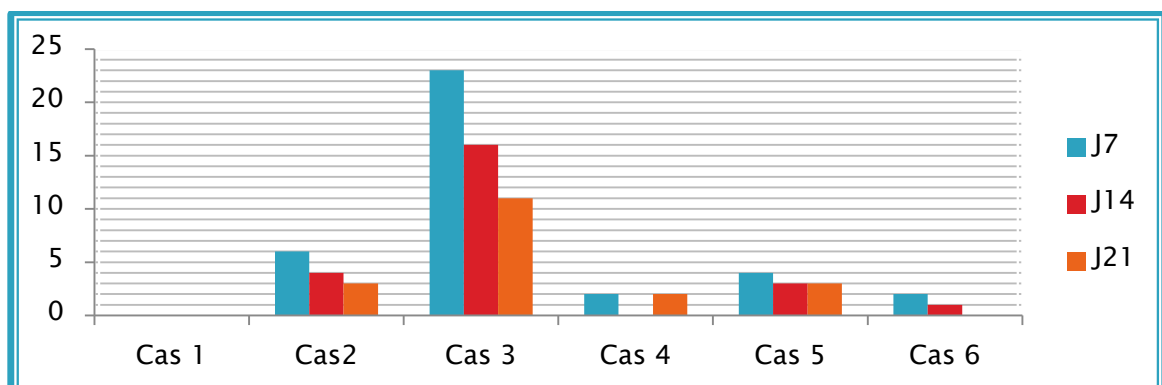


La somme des réponses aux questions 1 à 10 du questionnaire basé sur l'échelle de Dallas donnait un score allant de 0 (pas d'incapacité ressentie) à 50 (incapacité maximale).

- Tous les cas ont vu leur incapacité s'améliorer au cours de l'étude, la baisse était de 57% en moyenne.
- Le cas 1 a connu une dégradation transitoire avant de n'être plus du tout gêné.
- Le cas 4 a connu une dégradation secondaire qui correspondait à sa reprise du travail (elle était en accident de travail pour cette douleur dorsale).

- Evolution du bien-être/qualité de vie :

Figure 14 . Evolution du bien-être fonction des cas



La somme des réponses aux questions 11 à 16 donnait un score allant de 0 (aucun retentissement) à 30 (retentissement maximal sur le bien être).

-66% des cas ont vu leur bien-être s'améliorer au cours de l'étude, en moyenne de 55%.

-La douleur du cas 1 n'affectait pas son bien être.

-le cas 4 a vu son bien-être se redégrader également à la reprise du travail.

6.3.4 Conclusion de l'analyse descriptive

Il est difficile de systématiser et généraliser les résultats obtenus, cependant il ressort que :

1) Pour des cas de dorsalgies principalement chroniques (84%), (dont 2/3 de dorsalgies supérieures et 1/3 de moyennes), l'ostéopathie améliorait le nombre de LTR retrouvées entre 2 séances.

Une amélioration systématique était observée sur les critères principaux que sont l'EVA et l'incapacité pour tous les cas.

Les résultats étaient globalement positifs sur les autres critères (consommation médicamenteuse et bien-être).

Il semble donc exister une corrélation entre la prise en charge ostéopathique, la diminution des LTR et l'amélioration fonctionnelle des patients.

2) Les cas 2, 3 et 5 ont eu les scores les plus élevés aux divers critères d'évaluation et ont le moins bien récupéré.

Ce sont aussi ceux pour qui, à l'anamnèse, l'histoire évoquait l'intégration des douleurs dorsales dans un schéma lésionnel plus général et pour qui était préconisée une troisième séance.

Le schéma à 2 séances systématiques ne semble donc pas adapté pour une récupération maximale chez les patients complexes.

6.4 Analyse statistique des résultats

Les résultats ont été présentés selon les deux types de variables indépendantes (VI) :

-Dans les colonnes, à un instant T, pour évaluer l'effet de la variable indépendante

« traitement ostéopathique »,

-De façon linéaire, pour juger de l'effet « temps » sur les résultats.

En colonne finale, la présentation des interactions par test de vraisemblance. Le principe est non pas d'évaluer la valeur absolue d'un résultat à un instant T mais de comparer la différence de pente, croissante ou décroissante des résultats au cours du temps, ce qui permet de comparer les variations d'évolution.

6.4.1 Comparaison des populations

Les populations des deux groupes étaient homogènes. Aucune différence significative n'a été constatée quant à leur âge ($p = 0,269$), leur sexe ($p = 1$) ou le délai d'évolution ($p = 1$). Les patients du groupe « témoin » étaient cependant en moyenne 5 ans plus vieux que ceux du groupe « ostéo ».

6.4.2 Echelle Visuelle Analogique

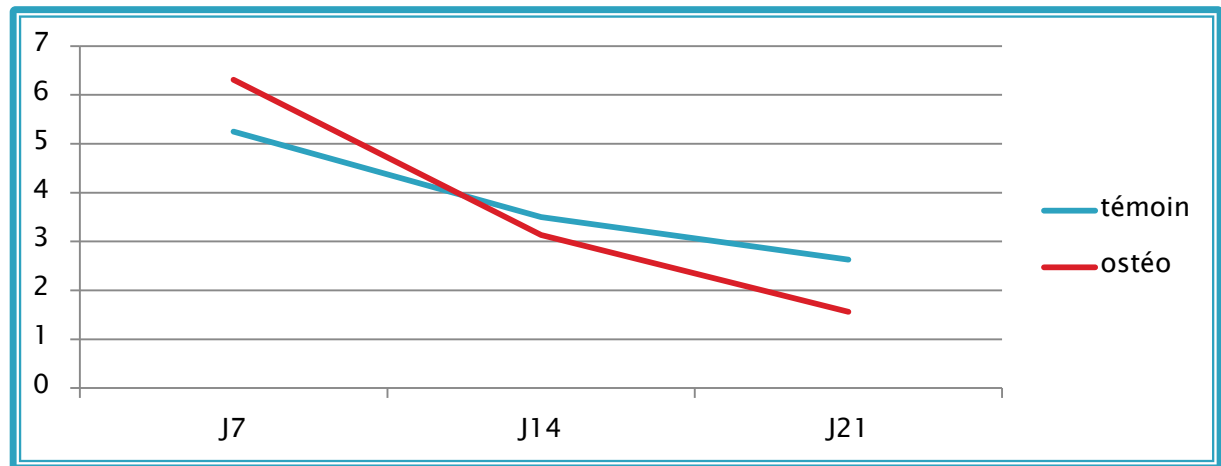
Tous les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Figure 15. analyse statistique de l'évolution de l'EVA

EVA (0-10)	J7	VI temps	J14	VI temps	J21	interaction temps-ttt
Ostéo	m = 6,31 $\sigma = 1,66$	p < 0,001	m = 3,13 $\sigma = 1,93$	P = 0,015	m = 1,56 $\sigma = 1,46$	m = -2,37 $\sigma = 0,40$
Témoin	m = 5,25 $\sigma = 1,16$	p = 0,031	m = 3,50 $\sigma = 1,77$	p = 0,360	m = 2,63 $\sigma = 1,92$	m = -1,31 $\sigma = 0,57$
VI osteo	p = 0,074	-----	p = 0,664	-----	p = 0,169	p = 0,003

Voici la figure représentant l'évolution de l'EVA en fonction des groupes :

Figure 16. Courbe d'évolution de l'EVA



Les groupes sont homogènes à J7 ($p = 0,074$)

Les deux groupes montrent une baisse significative de l'EVA entre J7 et J14 (Ostéo : $p < 0,001$; Témoin : $p = 0,031$). La baisse n'est significative entre J14 et J21 que dans le groupe Ostéo ($p = 0,015$). Cependant, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes à J14 ($p = 0,664$) et J21 ($p = 0,169$).

De plus, le résultat montre qu'il existe bien une interaction entre la prise en charge ostéopathique et l'évolution de l'EVA en fonction du temps ($p = 0,003$). La courbe décroît significativement plus vite dans le groupe « ostéo » que dans le groupe « témoin ».

Les sujets bénéficiant du traitement médical et de l'ostéopathie voient leur douleur diminuer davantage et plus vite que les sujets ne bénéficiant que du seul traitement médical.

6.4.3 Consommation d'antidouleur et Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens

Figure 17. analyse statistique de l'évolution de la consommation d'antidouleurs

Antidouleurs (0-5)	J7	VI tps	J14	VI tps	J21	interaction temps ttt
Ostéo	m = 2,69 σ = 1,08	p < 0,001	m = 1,31 σ = 0,95	p = 0,379	m = 1,00 σ = 1,03	NC
Témoin	m = 2,63 σ = 0,74	p = 0,644	m = 2,38 σ = 1,30	p = 0,281	m = 1,75 σ = 0,89	NC
VI osteo	p = 0,72	-----	p = 0,058	-----	p = 0,091	p = 0,109

Les deux groupes sont homogènes à J7 (p = 0,72).

Seul le groupe Ostéo montre une baisse significative de la consommation d'antidouleur entre J7 et J14 (p < 0,001). Le reste des résultats est non significatif.

Figure 18. Analyse statistique de l'évolution de la consommation d'AINS

AINS (0-5)	J7	VI tps	J14	VI tps	J21	interaction tps ttt
Ostéo	m = 1,88 σ = 1,31	p = 0,001	m = 0,44 σ = 0,89	p = 0,509	m = 0,25 σ = 0,68	NC
Témoin	m = 2,88 σ = 0,83	p = 0,173	m = 2,00 σ = 1,51	P = 0,558	m = 1,63 σ = 0,92	NC
VI osteo	p = 0,067	-----	p = 0,004	-----	p = 0,001	p = 0,499

Les deux groupes sont homogènes à J7 (p = 0,067).

Seul le groupe Ostéo montre une baisse significative de la consommation d'AINS entre J7 et J14 ($p = 0,001$). Au bout de 2 et 3 semaines les sujets bénéficiant du traitement médical et de l'ostéopathie consomment moins d'AINS ($p < .004$ et $p < .001$) que les seuls sujets bénéficiant du traitement médical.

Cependant, avec les calculs d'interaction, les résultats quant à la prise de traitement médicamenteux que ce soit la diminution de la consommation de paracétamol ou d'ibuprofène n'ont pas montré de différence significative (respectivement $p = 0,109$ et $p = 0,499$).

L'ostéopathie semble donc permettre aux sujets de diminuer plus rapidement leur consommation d'antidouleur et de consommer moins d'AINS.

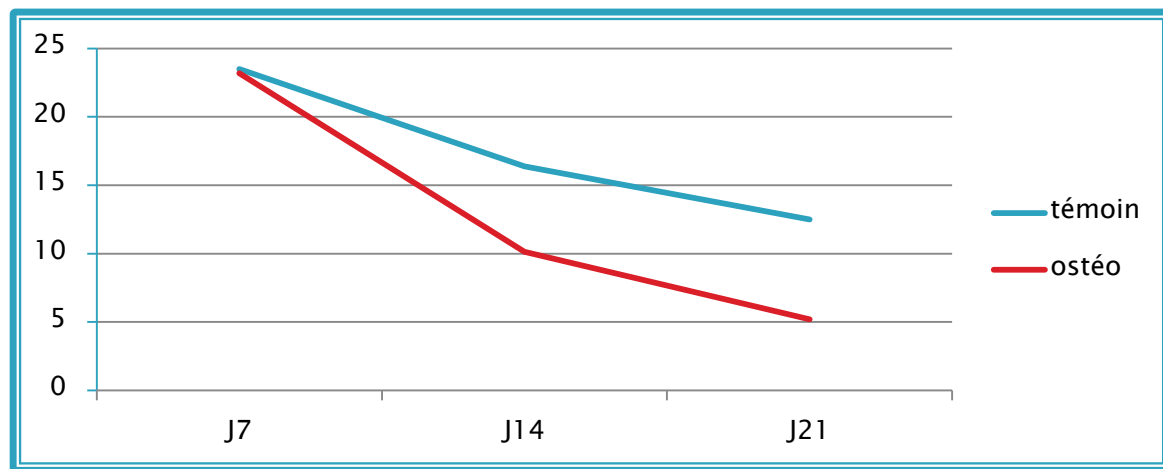
6.4.4 Incapacité

Figure 19. Analyse statistique de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle

Incapacité (0-50)	J7	VI tps	J14	VI tps	J21	interaction tps ttt
Ostéo	m = 23,19 $\sigma = 10,85$	p = 0,0003	m = 10,13 $\sigma = 7,01$	p = 0,028	m = 5,19 $\sigma = 4,90$	m = -9,00 $\sigma = 1,97$
Témoin	m = 23,50 $\sigma = 5,98$	p = 0,081	m = 16,38 $\sigma = 8,91$	p = 0,366	m = 12,50 $\sigma = 7,65$	m = -5,50 $\sigma = 2,80$
VI osteo	p = 0,713	-----	p = 0,097	-----	p = 0,026	p = 0,045

Voici la figure représentant l'évolution de l'incapacité en fonction des groupes :

Figure 20. Courbe d'évolution de l'incapacité fonctionnelle



Les deux groupes sont homogènes à J7 ($p = 0,713$).

Seul le groupe Ostéo montre une diminution significative de l'incapacité entre J7 et J14 ($p = 0,0003$), et entre J14 et J21 ($p = 0,028$).

De plus, le résultat montre qu'il existe une interaction entre l'intervention de soins ostéopathique et l'évolution de l'incapacité du patient au cours du temps ($p = 0.045$).

Les sujets bénéficiant du traitement médical associé à l'ostéopathie retrouvent dès la 2^{ème} semaine une meilleure indépendance fonctionnelle que ceux qui ne bénéficient que du traitement médical. L'amélioration est donc plus rapide et plus grande pour les sujets bénéficiant du traitement médical associé à l'ostéopathie.

6.4.5 Bien-être

Figure 21. Analyse statistique de l'évolution du bien-être

Bien-être (0-30)	J7	VI tps	J14	VI tps	J21	interaction tps ttt
Ostéo	m = 6,38 σ = 5,34	p = 0,029	m = 2,56 σ = 4,00	p = 0,454	m = 1,63 σ = 2,92	NC
Témoin	m = 5,50 σ = 4,38	p = 0,038	m = 1,63 σ = 1,92	p = 0,621	m = 1,13 σ = 2,03	NC
VI osteo	p = 0,643	-----	p = 0,752	-----	p = 0,946	p = 0,797

Les deux groupes sont homogènes à J7.

Le résultat quant à l'évolution du bien être au cours du protocole n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,797$). On remarque que dans les deux groupes l'évolution du bien être a été significativement favorable entre la première et deuxième évaluation (Ostéo : $p = 0,029$; Témoin : $p = 0,039$).

6.4.6 Conclusion de l'analyse statistique

L'étude réalisée a répondu aux hypothèses posées initialement :

- La prise en charge ostéopathique a permis une diminution de la douleur dans le groupe « Ostéo » supérieure aux patients n'ayant reçu qu'un traitement médical seul.
- La prise en charge ostéopathique a aussi permis de réduire selon certains critères la consommation médicamenteuse des patients soignés manuellement.
- Cette prise en charge a également amélioré significativement les incapacités fonctionnelles liées aux dorsalgies des patients du groupe « Ostéo » par rapport au groupe « Témoin »

- En revanche, il n'a pas pu être mis en évidence d'effet sur l'amélioration du bien-être.

Il ressort donc qu'il était légitime de proposer, au vu des résultats, un traitement ostéopathique aux patients souffrant de dorsalgies fonctionnelles.

7 DISCUSSION

7.1 Discussion à propos de l'analyse descriptive des cas du groupe « Ostéo » d'Agneaux

1) Difficulté de recrutement

Au cours des 3 mois pleins qu'a duré l'étude, il n'a été possible d'inclure que 6 patients dans le protocole, dont 3 issus de la patientèle propre du thérapeute, alors que 9 médecins avaient été sollicités (contre 18 à Bégard/Louargat).

Il est pourtant avéré que les dorsalgies fonctionnelles sont une pathologie fréquemment représentée dans les consultations de médecine générale.

Il est possible que l'explication donnée aux médecins censés inclure les patients dans l'étude n'ait pas été totalement claire quant aux critères d'inclusions ou d'exclusion. Il est possible que les hasards de motif de consultation n'aient pas apporté assez de sujets dans l'absolu au pôle médical. Il est aussi possible que, malgré un discours rassurant envers les médecins, il existe toujours une réticence des médecins généralistes à adresser leurs patients en consultation d'ostéopathie, surtout ceux ayant le plus d'expérience.

Dans de précédentes thèses médicales [19,20], il a été montré que le recours à l'ostéopathie chez les médecins était souvent un choix de deuxième intention, et qui dépendait de l'âge des médecins et du degré de communication entre les thérapeutes.

La récente reconnaissance en 2002 de la discipline aurait plus facilement marqué les jeunes médecins encore en phase d'évolution de leurs pratiques et facilité une plus grande ouverture d'esprit quant à la « non toute puissance de la médecine » et l'engouement

général pour les thérapies alternatives. À contrario, les médecins plus âgés auraient plus de recul et auraient appris à travailler sans, en respectant le principe de précaution préconisé par le rapport LUDÉS [21]. Cela paraît être une piste pour expliquer ce défaut de recrutement, mais le résultat de l'étude montre que cette « frilosité » n'était pas justifiée dans le cadre des dorsalgies fonctionnelles.

2) Synthèse des cas rencontrés

Un pool de seulement six cas est trop restreint pour pouvoir faire ressortir des généralités sur les dorsalgies fonctionnelles. Ce groupe était composé de 84% de cas chroniques. Ne disposant d'aucune statistique sur la proportion aigu/chronique dans le cadre des dorsalgies fonctionnelles en général, il est impossible de savoir si ce pourcentage est représentatif de la population des patients souffrant de ces maux, et ce d'autant que le groupe constitué à Bégard/Louargat était composé de 80% de cas aigus.

Si on considère que ce groupe peut représenter pour le moins les dorsalgies chroniques, on constate les faits suivants :

- Comme supposé, une expression douloureuse localisée était le fruit de la combinaison de nombreuses LTR, au niveau de la plainte mais aussi sur les variables de régulations en rapport (8 en moyenne par patient à la première consultation), dont 66% minimum de rapports viscéraux pariétaux, peu de cas étaient mécaniques purs.
- Les cas chroniques rencontrés rentraient souvent dans des tableaux cliniques complexes avec des expressions symptomatiques diverses, ce qui compliquait leur prise en charge à plusieurs niveaux.

D'une part, il était difficile de dissocier la dorsalgie du syndrome général, c'est pourquoi certains traitements étaient assez élargis mais ne pouvaient pas être exhaustifs pour autant.

D'autre part, au remplissage de l'auto-questionnaire, on peut s'interpeler s'il était renseigné à propos de la dorsalgie à proprement parler ou par rapport aux douleurs générales.

Malgré tout, en proposant un traitement plus global mais adapté à la dorsalgie, les différents scores diminuaient, les réponses semblent donc adaptées.

- Il est difficile de juger de l'efficacité complète de l'ostéopathie sur des cas chroniques dans le cadre de notre protocole.

En effet, 3 patients auraient nécessité au moins une 3^e séance pour optimiser leur prise en charge. Ce jugement se basait sur l'anamnèse, l'évolution décrite entre les deux séances, et l'examen et le résultat obtenu en fin de 2^e séance. On remarque d'ailleurs qu'aucun score de ces patients ne s'est négativé en fin de protocole.

Le fait que les thérapeutes soient des étudiants influence probablement cette interprétation. Malgré un modèle de réflexion commun, un ostéopathe confirmé aurait peut être eu une approche différente du cas de par son expérience et des résultats plus importants et plus rapides sur les différents cas cliniques.

Dans l'ensemble, la prise en charge selon le protocole construit dans cette étude a montré une efficacité certaine de l'ostéopathie sur les dorsalgies fonctionnelles chroniques.

L'EVA a diminué chez tous les patients, l'incapacité fonctionnelle s'est améliorée. La consommation médicamenteuse a majoritairement diminué aussi bien pour les antalgiques que les AINS. Le score du bien-être a diminué dans 2/3 des cas, signe d'amélioration.

Cette évolution positive s'est faite de façon conjointe avec la diminution des LTR repérées chez les patients entre la première et la deuxième séance, ce qui tend à conforter le MFOS, dans le sens où moins le patient présente de lésions dites réversibles, plus il est en bonne santé et donc moins il a tendance à exprimer une symptomatologie douloureuse ou gêne fonctionnelle, à conditions de vie égales.

Pour parfaire cette corrélation, il aurait été judicieux de faire un examen clinique simple à J21 pour déterminer le nombre de LTR restante après la série de 2 consultations. On se serait attendu à ce qu'elles diminuent encore.

7.2 Discussion à propos de l'étude globale

7.2.1 Quelques faiblesses méthodologiques

1) Biais de recrutement

L'adaptation per protocole du recrutement des patients dans le groupe d'Agneaux, pour les raisons décrites précédemment, a entraîné un biais de sélection entre les 2 groupes. Cependant, les patients inclus dans l'étude étaient de toute façon préalablement favorables à une prise en charge ostéopathique éventuelle, l'incidence de ce biais est donc à pondérer.

2) Biais de suivi

Il est connu et reconnu que ce biais est prépondérant dans les études faites non en double insu ni en simple insu, le patient et le thérapeute sachant les traitements prodigués, et a d'ailleurs été discuté dans le rapport INSERM [13].

La question est de savoir si on évalue la qualité d'un traitement ostéopathique par rapport à sa simple structuration anamnestique et gestuelle, ce qui nécessiterait un groupe placebo, ou par rapport à la prise en charge globale d'un patient.

Un médicament a un effet objectivable et reproductible mais c'est la façon dont le médecin le propose et le justifie à son patient qui influence l'effet placebo, ou nocebo, de celui-ci.

Il paraît superflu de vouloir absolument dissocier dans les études cliniques la qualité de la manipulation de la prise en charge ostéopathique globale, la manipulation pouvant effectivement être comparée à un soin objectif (bien que restant opérateur dépendant) dont on pourrait juger de l'efficacité propre. En effet, autant on peut s'auto médiquer, autant on ne peut pas s'auto manipuler, et la qualité du soin ostéopathique est toujours dépendante du fait que ce soit une personne qui le prodigue. On peut en revanche limiter l'effet opérateur dépendant en faisant des études multi-sites comme ce qui a été fait dans cette étude.

3) Population des groupes « Ostéo » non superposables

Le groupe d'agneaux était composé de 84% de cas chroniques. En comparaison, le groupe de Bégard/Louargat était composé de 80% de cas aigus. Ceci montre bien qu'il existait un vaste

panel de cas possibles. Ce hasard, qui peut paraître comme une faiblesse, a permis au contraire de faire une analyse descriptive dichotomisée des deux situations et de combiner ensuite les sujets. Au final, les groupes « Ostéo » et « Témoin » étaient homogènes quant à la durée d'évolution de la douleur, ce qui était primordial pour l'analyse statistique.

7.2.2 Des contraintes inhérentes au contexte du mémoire

Les obligations dues à la réalisation d'un mémoire sur les dorsalgies ont entraîné des contraintes de temps et organisationnelles :

1) Limitation de la puissance de l'étude

Le fait de disposer de plus de temps pour recruter les patients aurait permis d'augmenter la puissance de l'étude, déjà par l'adressage spontané des médecins qui participaient activement à l'étude, mais aussi en insistant peut être plus régulièrement auprès des médecins qui n'orientaient pas leurs patients vers le protocole.

Par manque de temps, il n'a pas été réalisée d'analyse statistique en séparant les cas aigus des cas chroniques, mais il paraîtrait raisonnable de prévoir ce mode de calcul dans la phase préalable de l'étude et d'avoir plus de temps pour recruter suffisamment dans chaque groupe afin d'augmenter une puissance déjà faible ici.

Paradoxalement, après discussion avec le statisticien sollicité pour cette étude, il s'avère que pouvoir montrer un effet significatif sur un petit échantillon a autant de valeur que sur un grand, ce qui tend à conforter la pertinence de nos résultats. Pour autant, le niveau de preuve en est affecté, ici au mieux de niveau 3.

2) Elaboration d'un protocole de soins systématisé

Les contraintes de temps ont aussi imposé de déterminer arbitrairement le nombre et la fréquence des séances. Cependant, après discussion avec le corps professoral, il est apparu que 2 séances à une semaine d'intervalle paraissent un rythme raisonnable pour des dorsalgies communes, même si, dans l'absolu, chaque cas nécessiterait une évaluation individualisée.

3) Choix des outils de mesure

Il n'existe pas de questionnaire adapté aux dorsalgies dans la littérature parcourue.

Il a donc été nécessaire, en plus de l'EVA, d'adapter un questionnaire existant pour les lombalgies au protocole actuel. L'échelle de Dallas, ou questionnaire DRAD, parmi la multitude de questionnaires étudiés, remplissait tous les critères nécessaires pour évaluer les patients de cette étude. Cependant la restructuration du questionnaire pour d'adapter à notre étude pose la question de sa validation.

Pour ce qui est de la consommation médicamenteuse, les grilles d'évaluation proposées ont été créées de toute pièce, mais les paliers proposés paraissaient intuitivement les plus adaptés également aux différents cas de figure.

4) Limitation du temps de suivi des patients

La durée de l'étude n'a pas permis de suivre les patients sur une durée assez longue pour pouvoir juger de la pérennité du traitement. Il aurait été souhaitable de les suivre sur 3 mois, temps choisi classiquement car correspondant au délai de passage dans la chronicité.

- Cela aurait permis d'évaluer si l'effet du traitement avait une inertie et si les patients continuaient à s'améliorer au delà de J7 après la première séance.
- Cela aurait permis d'évaluer le taux de sédation spontanée de la douleur dans le groupe témoin.
- Cela aurait aussi, même surtout, permis d'évaluer le taux de récurrence douloureuse potentiel dans les deux groupes et de les comparer.

7.2.3 Des points forts à souligner

1) Etude multicentrique

Le fait de pouvoir réaliser en coordination un mémoire sur 2 sites différents permet de réduire les biais opérateur dépendant et augmenter la cohorte de patients. Dans l'absolu, il serait souhaitable de décupler le nombre d'opérateurs, ce qui permettrait de limiter encore plus ce biais, d'augmenter le recrutement de l'étude et de fait sa puissance.

2) Absence de perdu de vue

L'absence de perdu de vue indique l'absence de biais d'attrition (liés aux sorties d'étude qui fausse l'analyse statistique).

Cet événement indique aussi indirectement que le protocole était cohérent, adapté et simple à suivre pour les patients.

3) Tirage au sort des patients

La plupart des patients ont été repartis dans les groupes par randomisation, ce qui a restreint les biais de sélection.

4) Choix d'auto-questionnaire

Construire un protocole avec des auto-questionnaires a permis de limiter au maximum les biais d'attention. Un effort particulier a été apporté pour ne pas influencer le jugement des patients lors des différents traitements ostéopathiques.

5) Questionnaire adapté au modèle bio-psycho-social

La construction des auto-questionnaires a été tournée de telle sorte que l'évaluation des patients dépasse le seul cadre de la douleur et ses signes indirects et prenne en compte leur incapacité fonctionnelle et leur bien-être. Cette dimension élargie de l'appréciation de la santé du patient s'avère mieux correspondre à la façon dont l'OMS et les sociologues et les ostéopathes la considèrent.

7.3 Discussion de l'analyse statistique

7.3.1 Qualité de l'analyse statistique

La partie analyse statistique a été réalisée et garantie par un Maître de Conférence Universitaire de Santé publique, ce qui en a assuré la rigueur.

Grâce à son expertise et par réflexion conjointe, cela a également permis de faire ressortir les axes majeurs propices à une discussion pertinente et adaptée aux hypothèses posées.

7.3.2 Les résultats

Cette étude a mis en évidence une efficacité certaine de l'ostéopathie pour traiter les dorsalgies fonctionnelles sur plusieurs critères de jugements, la plupart des hypothèses ont été vérifiées.

- 1) L'EVA diminue plus et plus vite chez les patients ayant bénéficié d'une prise en charge ostéopathique.

Seul le calcul dynamique a montré une significativité car il existait un écart initial des moyennes d'EVA entre les deux groupes à la limite de la significativité, ce qui a influencé les calculs descriptifs purs. Mais c'est ce mode de calcul qui est le plus pertinent quand on compare l'effet temps sur deux cohortes. Il est important d'avoir montré un effet de l'ostéopathie sur la douleur dans le cadre des dorsalgies car c'est la douleur qui incite principalement à consulter un ostéopathe [22], à plus de 70%.

- 2) L'incapacité fonctionnelle, reflet de la gêne ressentie par le patient au quotidien, est le critère qui a montré l'amélioration la plus flagrante.

Les résultats étaient significatifs en intra groupe (diminution entre J7, J14 et J21 dans le groupe ostéo), statique à J21 et en dynamique montrant une interaction majeure entre une intervention ostéopathique et la récupération fonctionnelle des patients. Il est important d'avoir pu montrer un effet sur ce critère car il est reconnu prépondérant lors des évaluations en santé générale mais aussi en médecine légale. C'est le degré d'incapacité des patients qui permet par exemple de juger de leur capacité à retourner au travail, ou de leur degré d'invalidité après un accident pour prétendre à des indemnités, le critère « douleur » étant jugé trop subjectif. Ce critère a donc une place importante dans la discussion de l'efficacité de l'ostéopathie en général.

- 3) Les résultats sur la consommation médicamenteuse sont intermédiaires mais donnent une tendance à la baisse de consommation.

La consommation d'antidouleurs et AINS baisse significativement entre avant et après la première séance dans le groupe « Ostéo », ce qui porte à croire que l'intervention de l'ostéopathe a un effet direct sur la douleur, la consommation médicamenteuse en étant

sa conséquence indirecte. Cependant on peut se demander si le fait d'être pris en charge manuellement n'incite pas inconsciemment les patients à consommer moins de médicaments pour mieux surveiller leurs symptômes et juger de l'effet du traitement prodigué. La puissance de l'étude n'était pas assez forte pour montrer un effet par les calculs dynamiques d'interaction. Il serait pourtant important de le confirmer car diminuer la consommation médicamenteuse induit de diminuer le risque d'effets secondaires des traitements, et également les coûts de santé publique.

4) Le suivi du bien-être n'a pas mis en évidence de différence entre les deux groupes.

L'indicateur « bien-être » ne semble pas à posteriori adapté pour l'étude des dorsalgies fonctionnelles. Les scores relevés dans les deux groupes passaient de 6,38/30 à 1,63/30 dans le groupe « Ostéo » versus 5,50/30 à 1,13/30 dans le groupe « Témoin », soit des scores relativement faibles. On peut donc se poser la question si les dorsalgies impactent, isolément, le bien-être des patients, comme le font des maladies plus générales telles que les lombalgies chroniques (pour lesquelles a été conçue l'échelle de dallas utilisée), la sclérose en plaque ou les maladies inflammatoires.

7.3.3 Consolidation du MFOS

L'essai clinique réalisé a montré le bien fondé de proposer une prise en charge ostéopathique aux patients souffrant de dorsalgies fonctionnelles en première intention. Ces résultats apportent une pierre solide à l'édifice fragile qu'est la reconnaissance scientifique de la discipline face au monde médical traditionnel. Outre les résultats en tant que tels, ils permettent de conforter également le mode de raisonnement du MFOS concernant les problèmes fonctionnels : là où la médecine propose des traitements symptomatiques ou adaptatifs qui « éteignent le feu » sans régler le problème, l'ostéopathie structurelle propose de travailler sur le terrain et de rétablir au tant que possible l'état de santé du patient qui devient asymptomatique par lui-même, en récupérant ses facultés antérieures. C'est grâce à la mise en application de ce mode de raisonnement, en structurant les consultations, en explorant et cherchant la cohérence entre les diverses variables de régulations, en proposant les soins semblant les plus adaptés que ces résultats ont pu être obtenus.

7.4 Ouvertures / Mises en perspective

7.4.1 À propos des résultats de l'étude

Les résultats positifs et encourageants obtenus dans cette étude l'ont été par la délivrance de soins par des étudiants de 5^e année. On peut s'interroger sur la qualité des résultats obtenus si les thérapeutes avaient été des ostéopathes aguerris. Un étudiant n'est pas complètement mûr en sortant de formation. Même si sa réflexion est structurée, il compose encore avec des faiblesses techniques qu'il travaillera au fur et à mesure de ses années d'exercice. On peut donc se demander si réaliser une telle étude avec la participation de thérapeutes plus expérimentés, voire des professeurs, aurait amélioré encore certaines franges des résultats.

Augmenter le temps de l'étude lui aurait donné plus de crédit. Suivre les patients sur 3 semaines permet d'avoir une bonne idée de leur évolution à court terme, cependant si l'ostéopathie prétend dépasser la simple comparaison au traitement symptomatique, il est nécessaire de montrer une stabilité de son effet dans le temps. Selon le MFOS, un soin ostéopathique permet une sédation de la douleur par récupération des capacités fonctionnelles de la personne et aussi, en améliorant l'état de santé personnel, suppose une diminution des récidives à moyen terme.

7.4.2 À propos de la recherche en ostéopathie

La puissance de cette étude n'est pas assez grande pour prétendre à un fort niveau de preuve (niveau 3 maximum). Cependant, après discussion avec le statisticien sollicité, on peut estimer que les résultats obtenus peuvent prétendre, sous réserve d'explicitation des biais, à une publication scientifique qui serait le point de départ d'une étude plus encadrée et plus approfondie pour améliorer le niveau de preuve et valider ces résultats.

Le cadre des cliniques mises en place au sein de l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes pourrait être le substrat d'une telle étude, en y adaptant le protocole. Le recrutement y est plus large, les thérapeutes multiples pour diminuer le biais opérateur dépendant, et les contraintes de temps et organisationnelles moindres, l'étude ne subissant pas les contraintes de temps qui s'imposent à un mémoire. Rien n'empêche

d'ailleurs de construire plusieurs protocoles en parallèle et de solliciter des médecins du secteur pour y participer.

L'objectif de telles études est de faire avancer la recherche et la reconnaissance envers l'ostéopathie. Il est certain que le but premier d'un thérapeute est de soulager son patient. Cependant, il paraît nécessaire de réaliser de plus en plus de travaux de même nature pour démontrer la véracité de cet autre mode de conception de la santé, car il semble aussi avoir sa place dans le parcours de soins. Cela permettrait une prise de conscience du corps médical sur le fait que les dogmes de la médecine allopathique peuvent évoluer, pour tendre à une plus grande collaboration interprofessionnelle.

8 CONCLUSION

Réaliser une étude clinique de qualité n'est pas chose aisée. Cela demande du temps, de la rigueur et de devoir s'adapter aux contraintes imprévues. Dans ce travail consacré aux dorsalgies fonctionnelles, les objectifs ont été remplis. Après avoir explicité la différence de point de vue entre les modes de réflexion médical et ostéopathique, le but était de déterminer si l'ostéopathie structurelle pouvait améliorer plus significativement les patients qu'un traitement médical pur, tant sur les critères de douleur que de la consommation médicamenteuse, de l'incapacité fonctionnelle et du bien-être. En établissant un protocole adapté à cette problématique, il a été possible d'analyser et confronter les séances effectuées au modèle fondamental de l'ostéopathie structurelle et de réaliser un traitement statistique des données recueillies tout au long de l'étude. Aux vues de ces données, il semble que l'ostéopathie ait sa place dans le parcours de soins des patients dorsalgiques. Les résultats ont montré une amélioration nette et significative dans le groupe « Ostéo » sur les critères de sédation de la douleur et d'incapacité fonctionnelle, critères majeurs car représentant une grande proportion des motifs de consultation en ostéopathie et en médecine.

En revanche, l'étude n'était pas assez puissante pour pouvoir conclure fermement sur les critères de consommation médicamenteuse et de bien-être, ce dernier point ne semblant

pas très impacté par les dorsalgies fonctionnelles. Ces résultats confortent donc directement le modèle empirique qu'est le MFOS, car ils ont été obtenus en appliquant ses préceptes. Il serait souhaitable de répéter ce genre d'études aussi bien pour les dorsalgies fonctionnelles que pour d'autres pathologies en prenant compte des difficultés rencontrées pour augmenter leur niveau de preuve. Le cadre d'un mémoire de fin d'étude fait isolément n'est peut être pas le meilleur pour réaliser ce genre de travaux plus complexes, il serait surement plus approprié de les entreprendre au sein d'une vraie unité de recherche clinique au sein de l'école.

9 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Diagnosing the Cause of Chest Pain, WILLIAM E. CAYLEY, JR., M.D., Eau Claire Family Medicine Residency, Eau Claire, Wisconsin, Am Fam Physician. 2005 Nov 15;72(10):2012-2021
- [2] <http://umvf.cerimes.fr/media/ressRhumatologie/2016-abrege/2016-Chapitre3.pdf> consulté le 30/6/16
- [3] Binard A., Saraux A., Dorsalgies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Appareil locomoteur, 15-867-A-10, 2007.
- [4] Maigne R. Sémiologie des dérangements intervertébraux mineurs. Ann Med Phys 1972;15:277-289.
- [5] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- [6] WORLD OF HEALTH ORGANISATION
Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine
Benchmarks for Training in Osteopathy. [en ligne]
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17555en/s17555en.pdf>
- [7] Association Française d'Ostéopathie
Définition du métier d'ostéopathe [en ligne]
<http://afosteo.org/osteopathie.html>
- [8] Registre des Ostéopathes de France
Définition et concept [en ligne]
<http://www.osteopathie.org/88-decouvrez-l-osteopathie-definition-et-concept.html>
- [9] Durocher A., Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques de moins de trois mois d'évolution
ANAES service de recommandations professionnelles 2000 ; p13 [en ligne]
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombreco.pdf>
- [10] Durocher A., Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique.
ANAES service de recommandations professionnelles 2000 ; p18 [en ligne]
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombalgie_dec2000_recos.pdf
- [11] Ostéopathes de France
Définition de l'ostéopathie [en ligne]
<http://www.osteofrance.com/osteopathie/definition/>
- [12] Syndicat Français des Ostéopathes
Consultation en ostéopathie, quand consulter un ostéopathe exclusif [en ligne]
<http://www.osteopathe-syndicat.fr/component/rsifaq/?view=category&id=1>
- [13] Institut national de la santé et de la recherche médicale
Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [en ligne]
<http://www.unites.inserm.fr/download.asp?download=stockfile/u669/OsteopathieVf.pdf>

- [14] Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J pour l'Académie Nationale de Médecine
THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES- acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi -leur place parmi les ressources de soins [en ligne]
<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
- [15] Germanovitch.A, Ferrante.F.M, Multi-Modal Treatment Approach to Painful Rib Syndrome: Case Series and Review of the Literature, Pain Physician 2016; 19:E465-E471 • ISSN 2150-1149
- [16] Dunning.J, Mourad.F, Giovannico.G, Maselli.F, Perreault.T, Changes in shoulder pain and disability after thrust manipulation in subjects presenting with second and third rib syndrome. J Manipulative Physiol Ther. 2015 Jul-Aug;38(6):382-94.
- [17] Strunce.J, Walker.M, Boyles.R, Young.B, The immediate effects of thoracic spine and rib manipulation on subjects with primary complaints of shoulder pain, J Man Manip Ther. 2009; 17(4): 230–236.
- [18] Marty M, Blotman F, Avouac B, Rosenberg S, Valat JP. Validation of the French version of the Dallas pain questionnaire in chronic low back pain patients. Rev Rhum Engl Ed, 1998; 65 (5): 126-34.
- [19] Chassaing P., Médecine générale et Ostéopathie en Île et Vilaine : enquête transversale auprès d'un échantillon de médecins, Thèse d'exercice : Médecine : Rennes I : 2012REN1M129
- [20] Lebailly F., Recours à l'ostéopathie par les médecins généralistes bas normands : évaluation et facteurs d'influence, Thèse d'exercice : Médecine : Caen : 2014
- [21] Ostéopathie Chiropraxie : Rapport de mission
Présenté par le Pr Bertrand LUDÉS le 25 Janvier 2007 [en ligne]
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000102.pdf>
- [22] Dubois T., Berthiller J., Nourry J. et al, Etude MOST, Etude des Motifs de consultation en OSTéopathie.
[en ligne]
<http://www.observatoire-osteopathie.org/wp-content/uploads/2011/11/MOST.pdf>
- [23] Boutevillain C., Pourtier-Piotte C., Rannou F., Coudeyre E., Chapitre 6 diagnostic et suivi des lombalgies, dorsalgies et cervicalgies. Collège Français des enseignants universitaires de médecine physique et réadaptation [en ligne]
http://www.cofemer.fr/article.php?id_article=878#dorsalgie

10 ANNEXES

10.1 Annexe 1 : Abrégé de prise en charge médicale des dorsalgies [23]

I Définition

Dorsalgies : douleurs ressenties en regard du rachis thoracique (T1 à T12).

II Étiologie

Une origine viscérale ou symptomatique est plus souvent retrouvée pour les dorsalgies que pour les lombalgies ou cervicalgies.

L'origine des dorsalgies peut être rachidienne, viscérale ou symptomatique. Les dorsalgies symptomatiques ont les mêmes étiologies que les lombalgies symptomatiques.

Tous les organes intrathoraciques et de l'étage sus-mésentérique peuvent être responsables de dorsalgies.

Parmi les dorsalgies rachidiennes bénignes, on peut évoquer :

- arthropathie costovertébrale ;
- dorsalgie statique (par exemple, sur scoliose) ;
- dorsalgie d'origine cervicale ;
- dérangement intervertébral mineur (par exemple, syndrome de la charnière thoracolombaire ou à l'insertion basse du muscle splénius) (cf. encadré).

Dans les cas sans étiologie précise, on parle de « dorsalgies fonctionnelles » (diagnostic d'élimination, fréquentes). Ces dorsalgies touchent plus fréquemment les femmes jeunes, associant des facteurs psychologiques avec une profession sollicitant le rachis thoracique. Noter que les hernies discales dorsales sont rares.

III Démarche diagnostique

- Caractéristiques de la douleur : siège, type, horaire, irradiation en ceinture, ancienneté, facteurs déclenchants, facteurs d'aggravation et d'atténuation, sensibilité aux médicaments (en particulier aux AINS).
- Examen clinique général : cardiaque, pulmonaire, digestif, urologique.
- Recherche d'un syndrome rachidien.
- Recherche d'un trouble de la statique rachidienne.
- Évaluation du contexte psychologique.

IV Examens complémentaires

- Systématique en l'absence d'orientation étiologique.
- Au minimum : radiographies du rachis thoracique.
- En fonction de l'examen clinique : IRM et/ou scanner.

V Traitement

Le traitement des dorsalgies extra-rachidiennes et des dorsalgies symptomatiques relèvent du traitement de la pathologie en question.

Le traitement des « dorsalgies fonctionnelles » comprend, en plus d'une prise en charge antalgique, une prise en charge psychologique, ainsi qu'une éventuelle adaptation ergonomique du poste de travail. Malgré la bénignité de ces dorsalgies, l'évolution peut être longue.

10.2 Annexe 2 : Lettre d'information aux médecins

Cher confrère,

Je me permets de vous solliciter pour vous faire part d'une étude que je mène dans le cadre de mon travail de fin d'études en ostéopathie. Je le mène conjointement avec Bastien Guillou (kinésithérapeute exerçant dans la région de Bégard et étudiant en fin de cursus ostéopathique comme moi) concernant :

Le traitement ostéopathique de la dorsalgie commune non spécifique.

Cette étude multicentrique a pour but de vérifier l'efficacité d'un traitement ostéopathique structurel associé à un traitement médicamenteux symptomatique à la demande versus un traitement médicamenteux symptomatique à la demande seul, dans le cadre des dorsalgies fonctionnelles chez l'adulte.

Afin que cette étude ait une valeur significative, il nous faut recruter une population la plus importante possible. Pour ce faire, je vous sollicite afin que vous m'adressiez des patients

souffrant de cette pathologie qui sont inclus dans la présente étude (liste des inclusions/exclusions en annexe) et qu'ils bénéficient d'un traitement symptomatique (paracétamol et ibuprophène) à la demande. Nous sommes bien conscients du fait que des améliorations spontanées sont possibles.

Cette étude se déroulera jusqu'à fin mai 2016. Les séances effectuées seront gratuites et non rémunérées et les patients seront informés de cette étude.

Si vous avez la moindre question sur le déroulement des séances ou le protocole expérimental, n'hésitez pas à me contacter.

Cordialement,

François LEBAILLY

Critères de l'étude :

Population :

Patients de 18 à 60 ans, hommes ou femmes.

Critères d'inclusion :

Patients présentant une dorsalgie d'horaire mécanique évoquant une cause pariétale.

Douleur spontanée ou à la palpation du rachis dorsal, des articulations costo-vertébrales ou des arcs costaux :

- Sans argument pour cause secondaire (pathologie cardiaque, pleuro-pulmonaire, metastatique ou digestive, zona évolutif ou séquelles)
- Sans signe neurologique (névralgie intercostale, syndrome canalaire, pathologie discale...)
- Sans argument pour atteinte osseuse (trauma récent avec potentiel fracture ou tassement non bilanté)

Critère d'exclusion

- ATCD cardiovasculaire, pneumologique, néoplasique ou auto-immun.
- Pas de maladie osteo-articulaire (ostéoporose, Marfan, Paget, scoliose, séquelles de fracture sur zone douloureuse...) l'arthrose non compliquée n'est pas une contre indication.
- Infection bactérienne intercurrente
- Contre-indication ou allergie au traitement médical symptomatique
- Traitement modulateur de la douleur sur syndrome douloureux chronique
- Ayant consulté un ostéopathe pour le même motif dans les trois derniers mois

10.3 Annexe 3 : formulaire d'explication au patient et formulaire de consentement éclairé

Merci de lire attentivement ce formulaire et merci de demander si vous ne comprenez pas quelque chose.

Nous menons, Bastien Guillou, kinésithérapeute et ostéopathe et moi-même, médecin et ostéopathe une étude clinique dans le cadre de notre travail de fin d'études en ostéopathie à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes. Cette étude porte sur :

Intérêt du traitement ostéopathique dans le cadre des dorsalgies communes
--

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à cette étude clinique. Cependant, avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec ce travail.

Objectif et description de l'expérimentation

Il s'agit d'une étude clinique qui devrait inclure environ 20 patients. L'objectif de cette expérimentation consiste à évaluer l'intérêt d'un traitement ostéopathique dans le cadre des douleurs de dos comprises entre la vertèbre D1 et la vertèbre D12.

Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous sera demandé de répondre à un questionnaire avant le traitement ostéopathique, pendant le traitement et 8 jours après. Vous bénéficierez de deux séances d'ostéopathie gratuites à 8 jours d'intervalle.

Il vous sera demandé de participer à cette étude pendant environ 1 mois.

Promoteur de l'expérimentation

Le promoteur de l'expérimentation est l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'étude font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette étude n'entraînera pour vous, aucune pénalité, ni perte d'avantages. Votre traitement médical ne sera pas affecté par votre décision. Votre médecin traitant sera averti de votre participation à cette étude, si vous le désirez.

Bénéfices

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette étude vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation. Les séances seront gratuites et non rémunérées.

Assurance

Une assurance est prise par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux études réalisées sur la personne humaine et relative à la protection de la vie privée.

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette étude demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection des données personnelles est assurée par la loi relative à la protection de la vie privée.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de cette étude :

Si vous avez des questions, si voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de cette étude ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez nous contacter :

Responsables de l'étude : Bastien GUILLOU et François LEBAILLY – Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes – 167 A, Rue de Lorient – 35 000 RENNES -
Téléphone : 02. 99 36.81.93

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

Je soussigné(e),

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude sur l'intérêt du traitement ostéopathique dans le cadre des dorsalgies communes.

On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur cette étude ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.

Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter ma participation à cette étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de la loi relative à la protection de la vie privée, de la loi relative aux droits du patient et de la loi relative à l'expérimentation humaine.

Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Signature du patient(e)

Date(jour/mois/année)

Je, soussigné, M. François LEBAILLY confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au patient(e) mentionné(e) ci-dessus.

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

10.4 Annexe 4 : Fiche d'évaluation clinique type

Fiche d'évaluation clinique

Numéro patient : _____

Séance N°1, date : _____

Bilan anamnèse :

Motif de consultation :

Depuis quand, facteur déclenchant :

ATCD de la douleur, chronique, fluctuant ? facteurs aggravants/calmant :

Signes associés :

Traitement :

-
-
-
-
-
-
-

Rq :

Synthèse :

Séance N°2, date : _____

Interrogatoire :

Ressenti après 1ere séance (positifs, négatifs) :

Evolution des symptômes :

Traitement :

-
-
-
-
-
-
-

-

Rq :

Synthèse finale

Aurait nécessité une 3^e séance : oui/non