



Évaluation de la prise en charge en ostéopathie d'une lombalgie aiguë non spécifique Étude clinique

Mémoire soutenu publiquement par :

Elena - PEYRUCQ

Sous la direction du comité des mémoires du Collège Ostéopathe de Provence Aix-Marseille
Sous l'accompagnement de Anthony MOUGEL et Nicolas BRICOT

Année universitaire 2016-2017

Introduction

D'après la définition proposée par la Société Française de Rhumatologie :

« La lombalgie est une douleur lombo-sacrée située à la hauteur des crêtes iliaques ou plus bas (pli fessier), médiane ou latéralisée avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas les genoux, mais avec prédominance de la douleur lombo-sacrée. » [1] [cf. annexe 1]

Nous avons trois stades de lombalgies :

- La lombalgie aiguë lorsque la douleur est présente depuis moins de 4 semaines
- La lombalgie chronique lorsque la douleur dure plus de 3 mois.
- Entre ces deux extrêmes, on parle de lombalgie subaiguë.

Parmi ces différents stades de lombalgies on distingue également deux types d'étiologie : spécifique et non spécifique. Tout d'abord, les lombalgies spécifiques caractérisées par la mise en évidence d'une lésion organique à l'origine de troubles. Elles peuvent ainsi traduire un processus tumoral, inflammatoire, infectieux, métabolique, dystrophique ou traumatique [2].

Les lombalgies communes ou non spécifiques (LNS), comme leur nom l'indique, sont elles d'étiologie non liées à un processus identifié. D'ailleurs, il n'existe pas de tableau clinique spécifique et une multitude des facteurs causaux sont évoqués [3]. Dans une consultation de médecine générale, la cause de la lombalgie est non spécifique dans la majorité des cas (environ 85%) [4].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « l'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de mobilité des tissus du corps humain susceptibles d'en altérer l'état de santé » [5]. La lombalgie devient chronique dans 5% des cas [6]. La prise en charge d'une lombalgie aiguë doit donc être précoce et maximale dès les premières semaines pour réduire les passages à la chronicité [7]. Avec une sollicitation par des techniques ligamentaires, musculaires et aponévrotiques on devrait obtenir une réponse naturelle des éléments nécessaires à un rachis lombaire harmonieux [8].

D'après l'étude de MOST, de manière générale seuls 20% des patients consultent pour des douleurs chroniques et 9% pour des bilans. Cela signifie que plus de 70% des patients consultent pour des douleurs aiguës (50%) ou subaiguës (25%) [9]. Ce sont donc les lombalgies aiguës « Low back pain » non spécifiques qui vont être analysées dans cette étude.

Cette étude est une analyse descriptive longitudinale qui a pour but de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'évolution d'un patient souffrant d'une lombalgie aiguë suite à une prise en charge en ostéopathie ?
- Y a-t-il une différence de résultat selon l'axe de traitement ?
- Y a-t-il une différence de résultat selon la localisation du traitement ?
- Y a-t-il une différence selon les techniques utilisées (viscéral, musculaire, fonctionnel, structurel, fascial) ?
- Y a-t-il des différences de résultats selon l'âge du patient (de 18 à 70 ans) ?

Pour répondre à ces problématiques nous avons pour objectif d'analyser certaines parties de la prise en charge ostéopathique et mesurer l'évolution de la lombalgie dans le temps.

Objectif

Ce mémoire a pour objectif d'apporter une évaluation en ostéopathie pour le principal motif de consultation avec une évaluation globale de la prise en charge et la décomposition de l'évaluation sur plusieurs composantes du traitement :

- L'axe de traitement
- La localisation du traitement
- Le choix des techniques

I. DONNÉES EPIDEMIOLOGIQUES

I.1. PRÉVALENCES ET INCIDENCES DES LOMBALGIES

La lombalgie est un problème de santé publique, de par les répercussions sociales, psychologiques et économiques qu'elle induit [10]. Le nombre de personnes souffrant

de lombalgies en France est de 8 personnes sur 10. Si le passage à la chronicité représente moins de 10% des lombalgies, elle engendre 85% des coûts de santé publique [11]. De plus, les conséquences au niveau de l'arrêt de travail sont importantes, puisque plus le temps d'arrêt est long, plus les chances de reprise sont faibles [12]. Il semble donc nécessaire de proposer des solutions efficaces pour lutter contre cette pathologie.

Dans cette étude nous étudierons l'évolution des lombalgies selon l'âge du patient. Une étude réalisée au Royaume-Uni, nous montre que la prévalence de consultations annuelles pour les lombalgies aiguës était de 417 pour 10 000 patients enregistrés. Le taux le plus faible a été enregistré dans le groupe d'âge de 0 à 14 ans (30 pour 10 000) et le plus élevé dans le groupe d'âge de 45 à 64 ans (536 pour 10000) [13]. Des données similaires ont été rapportées par Plénet et ses confrères en 2002-2003 pour décrire la fréquence du recours aux soins pour la lombalgie dans la population française de 30 à 69 ans [14]. [cf. annexe 2]

La lombalgie est un problème de santé important dans les pays industrialisés occidentaux [15] et dans le reste du monde [16]. La plupart des personnes (50 à 85% de la population) vont souffrir au moins une fois dans leur vie de lombalgies, avec une prévalence annuelle qui varie entre 20 et 30% dans la population générale en Suisse. [17] Dans les pays industrialisés, ce problème est la seconde cause de consultation médicale (3 à 6%) [18].

L'intérêt pour la prévalence des lombalgies a augmenté, probablement en raison de son coût pour l'industrie et la société. Trente études ont été menées entre 1966 et 1998 montrant que la prévalence ponctuelle variait de 12% à 33%, variait de 22% à 65% sur un an et de 11% à 84% au cours de la vie [19].

Le coût socio-économique des lombalgies est important et ne cesse de croître. En France, le coût financier médical direct est évalué à 1,4 milliards d'euros et représente 1,6% des dépenses de santé [20].

I.2. LIGNES DIRECTIVES

I.2.1. Les lombalgies

La première ligne directive sur les douleurs lombaires a été publiée en 1987 par le groupe de travail du Québec, les auteurs soulignant l'absence de preuves de haute qualité pour orienter la prise de décisions [21]. Depuis, la recherche sur le diagnostic et le pronostic a connu une forte croissance, mais surtout sur la recherche thérapeutique. [22].

I.2.2. Les lombalgies aiguës

À la fin de 1994, le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Agence pour la politique des soins de santé et de recherche (AHCPR) a publié les lignes directrices cliniques pour les douleurs lombaires aiguës. Cet article permettra d'identifier les

facteurs qui contribuent à la lombalgie professionnelle, de décrire les méthodes de prévention et de fournir des informations sur les lignes directrices cliniques nationales pour la gestion des lombalgies [23].

1.2.3. Les lombalgies aiguës non spécifiques

En 1997, le Cochrane Collaboration Back Review Group (CBRG) a publié des lignes directrices pour améliorer la qualité des examens et le traitement des lombalgies aiguës non spécifiques [24].

Au cours des dernières années, diverses directives cliniques sur la prise en charge de la lombalgie aiguë en soins primaires ont été publiées [25]. Actuellement, des représentants de 13 pays d'Europe ont participé à un projet intitulé « COST Cooperation in field of Scientific and Technical Research B13 » approuvé et financé par la Direction Générale de la Recherche de la Commission Européenne (DGRE) [26]. Les principaux objectifs de cette action COST étaient de formuler sur la base de preuves scientifiques l'élaboration de lignes directrices européennes pour la prévention, le diagnostic et le traitement des lombalgies aiguës non spécifiques [27].

1.3. PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES EN OSTÉOPATHIE

En France, aucune étude scientifique fiable, n'a été effectuée pour montrer l'efficacité d'un traitement ostéopathe sur les lombalgies. Cependant des études significatives ont été conduites dans d'autres pays [28].

Au Royaume-Uni, selon une enquête pilote nationale [29] et un sondage instantané [30], les symptômes lombaires sont les plus fréquents dans la pratique de l'ostéopathie. Ils représentaient respectivement 36% et 46% des symptômes chez les patients. En 1998, 4,38 millions de patients atteints de lombalgie aiguë ont été soignés [31], [32].

La douleur lombaire est généralement un symptôme d'auto-blocage spontané, mais elle coûte au moins 16 milliards de dollars chaque année [33], [34] et invalide 5,4 millions d'Américains [35], [36].

Aux États-Unis, une étude sur le traitement ostéopathe des lombalgies au centre des sciences de santé de l'université du Texas du nord a été réalisée en 2004. D'après cette étude, suite à une séance d'ostéopathie pendant au moins 3 mois on constate une réduction significative de la lombalgie. De plus, les médecins ostéopathes exerçant un traitement ostéopathe complémentaire ont besoin de moins de consultations pour soulager les patients et prescrivent moins de traitements médicamenteux pour ce type de symptomatologie [37].

1.3.1. Études utilisant le questionnaire de Roland-Morris (Eifel)

L'UK Beam Trial Team a publié dans le « British Medical Journal », en 2004, un article extrêmement favorable concernant la prise en charge par manipulations vertébrales des

lombalgies [38]. Cet article nous montre que sur 1334 patients les scores sur le questionnaire d'invalidité de Roland Morris à trois et douze mois sont améliorés au fil du temps [39].

De plus, une étude établie sur douze semaines d'après l'article « A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain » [40], nous montre que plus de 90% des patients ont été satisfaits de leur soin. [Annexe 3]. Parmi ces patients deux groupes ont été créés : des patients traités par thérapies médicales standards et traités en ostéopathie. Cette étude impliquant 1193 patients qui avaient une lombalgie aiguë non spécifique nous montre également que le groupe traité en ostéopathie a exigé moins de médicaments. De plus, avec l'appui des questionnaires Roland-Morris nous pouvons constater une diminution de l'échelle de la douleur [cf. annexe 4].

I.3.2. La lombalgie fréquemment d'origine musculo-squelettique

D'après l'étude de MOST les douleurs musculo-squelettiques représentent plus de 61% des motifs de consultation et dans 13% des cas ces dernières sont localisées au niveau du rachis lombaire.

Les études utilisant le journal quotidien, à l'instar de la Health in Detroit Survey, révèlent que la lombalgie régionale constitue une douleur très fréquente et très répandue de la vie. Des douzaines d'études communautaires réalisées aux États-Unis et ailleurs ont porté sur la lombalgie régionale. Dans l'enquête de 2002, laquelle comptait 31 000 adultes de plus de 18 ans, environ 17% ont rapporté une lombalgie isolée au cours des trois mois précédents. L'extrapolation à l'ensemble de la population suggère que plus de 15 millions d'adultes américains souffrent de lombalgie tous les trois mois. En outre, la douleur musculo-squelettique est de loin le symptôme le plus courant, et la région lombaire est une des premières parties du corps à se trouver impliquée. La lombalgie régionale aiguë est très différente de la lombalgie régionale chronique. La lombalgie aiguë survient de façon soudaine et est exacerbée par l'activité [41] [cf. annexe 5].

La Dysfonction Douleuruse Intervertébrale Mineure (DDIM) est la cause la plus fréquente des douleurs communes d'origine vertébrale. Selon une étude menée par R. Maigne sur 500 cas, la lombalgie basse dont l'origine est une DDIM dorsolombaire (T12-L1) représentait 30% des cas totaux de lombalgie commune (non spécifique) [42]. R. Maigne a défini la DDIM comme « une dysfonction douloureuse et bénigne du segment vertébral, de nature mécanique et réflexe, ayant tendance à être autoentretenu. Elle est réversible, parfois spontanément, le plus souvent par manipulation ou traitement approprié. Le segment concerné est habituellement indemne de lésions objectivables. Elle est la conséquence d'efforts, de faux mouvements, de mauvaises positions, etc. » [43].

Matériel et méthode

I. MATÉRIEL D'ÉTUDE

I.1. CRITÈRES D'INCLUSION

- Hommes et femmes
- Patients âgés de 18 à 70 ans inclus
- Patients atteints d'une lombalgie aiguë de moins de 4 semaines
- Patients avec un score du questionnaire Eifel compris entre 4 et 24 [44]
- Patients avec une EVA comprise entre 3 et 10
- Présentant une lombalgie aiguë (épisode lombalgique survenu il y a moins de 4 semaines)
- Ne présentant aucun signe de lombalgie spécifique après examen médical (radiographie / IRM) ou lors des tests d'exclusion et diagnostic différentiel lors de la consultation en ostéopathie.

I.2. CRITÈRES D'EXCLUSION

- Patients atteints d'une lombalgie chronique (épisode lombalgique présent depuis plus de 3 mois)
- Patients atteints d'une lombalgie subaiguë (épisode lombalgique présent entre 4 et 12 semaines)
- Patients atteints d'une lombalgie spécifique (processus tumoral, inflammatoire, infectieux, métabolique, dystrophique ou traumatique)
- Les patients avec des signes d'état infectieux (fébricule ou fièvre) ou des signes d'altération de l'état général (amaigrissement, anorexie, asthénie)
- Les patients ne rentrant pas dans les critères d'inclusion.

I.3. OUTILS D'ÉVALUATION

- Une notice d'information au patient permettant de voir si ce patient rentre bien dans les critères d'inclusion [cf annexe 6]
- Une feuille de consentement de participation [cf annexe 7]
- Un questionnaire de qualité de vie (créé par Roland Morris aux États Unis appelée en traduction française EIFEL) mesurant l'impact de la lombalgie sur la vie quotidienne pour un suivi du patient sur 6 semaines [cf annexe 8], [45].
- Une fiche patient permettant d'extraire l'ensemble des éléments du traitement ostéopathique.
- Un questionnaire sur le recueil de la prise éventuelle de médicament en prenant en compte la catégorie et la posologie pour un suivi du patient sur 3 semaines [cf annexe 9]
- Une échelle d'auto-évaluation (E.V.A : échelle visuelle analogique) qui permet de quantifier l'intensité de la douleur et l'effet du traitement thérapeutique [46].

I.4. PROTOCOLE

Les patients volontaires seront traités en clinique par des praticiens de l'école ou moi-même.

Les praticiens auront une fiche « note aux praticiens » afin de respecter le protocole de l'étude [cf annexe 10].

Lors de la première consultation le patient aura une notice d'information à lire ainsi qu'une feuille de consentement de participation à signer. Le suivi des patients se fera sur 6 semaines avec une deuxième consultation qui aura lieu 3 semaines après la première.

Au cours de cette étude le patient devra remplir 4 fois le questionnaire Eifel :

- Avant le traitement de la première consultation (J0)
- 4 jours après la première consultation (un message sera envoyé au patient pour lui rappeler) (J4)
- Avant le traitement de la deuxième consultation (J30)
- 3 semaines après la deuxième consultation (J60)

Le patient devra également remplir un questionnaire de la prise éventuelle de médicament à : J0, J4 et J30.

Les praticiens rempliront une fiche patient conventionnelle afin d'en extraire les données utilisées et pouvoir analyser les différences entre :

- L'axe de traitement (viscéral, musculo-squelettique, fascial, cranio-sacré)
- La localisation du traitement (local, loco-régional, à distance)
- Les techniques utilisées (musculaires, structurelles, fonctionnelles, fasciales, viscérales, membraneuses, crâniennes)

Résultats

I. ANALYSE DE LA FICHE PATIENT

Afin de d'analyser les différences de résultats selon l'âge du patient nous avons créé 3 groupes :

- 18 – 30 ans
- 30 – 50 ans
- 50 – 70 ans

I.1. GROUPE A : PATIENT ENTRE 18 ET 30 ANS

I.1.1. Patient A-1 : Homme de 25 ans sans traitement médicamenteux

C1 : Axe postural (musculo-squelettique ascendant) avec un traitement loco-régional et à distance ainsi que des techniques structurelles, musculaires et viscérales. [Annexe 11]

C2 : N'est pas venu car ce patient ne présentait plus de douleur.

I.1.2. Patient A-2 : Femme de 24 ans sans traitement médicamenteux

C1 : Axe cranio-sacré avec un traitement loco-régional et à distance ainsi que des techniques fasciales, membraneuses, fonctionnelles, musculaires, viscérales et crâniennes.

C2 : N'est pas venue car cette patiente ne présentait plus de douleur.

I.2. GROUPE B : PATIENT ENTRE 30 ET 50 ANS

I.2.1 Patient B-1 : Homme 43 ans sans traitement médicamenteux

C1 : Axe musculo-squelettique avec un traitement loco-régional ainsi que des techniques musculaires, structurelles, viscérales et membraneuses.

C2 : N'est pas venu car ce patient ne présentait plus de douleur.

I.2.2 Patient B-2 : Homme 32 ans sans traitement médicamenteux

C1 : Axe postural (musculo-squelettique ascendant) avec un traitement loco-régional et à distance ainsi que des techniques musculaire, structurelles et viscérales.

C2 : N'est pas venu car ce patient ne présentait plus de douleur.

I.3. GROUPE C : PATIENT ENTRE 50 ET 70 ANS

I.3.1 Patient C : Femme de 70 ans avec traitement médicamenteux

C1 : Axe postural (musculo-squelettique ascendant) avec un traitement loco-régional et à distance ainsi que des techniques structurelles, musculaires et viscérales.

C2 : Axe viscéral avec un traitement loco-régional et à distance ainsi que des techniques viscérales, musculaires, structurelles et crâniennes.

I.4. GROUPE D : PATIENTS SANS TRAITEMENTS OSÉOPATHIQUES

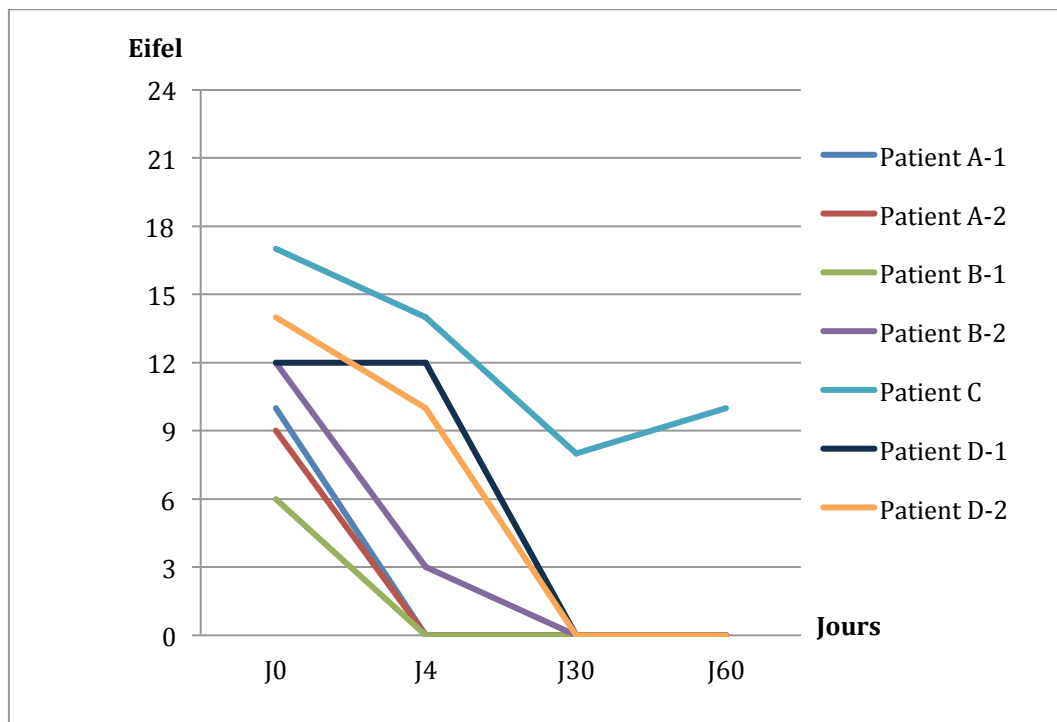
I.4.1 Patient D-1 : Homme de 32 ans sans traitement ostéopathique et médicamenteux

Ce patient est présent afin de pouvoir faire un comparatif avec l'évolution d'une lombalgie aigüe non spécifique sans traitement médicamenteux et ostéopathique.

I.4.2 Patient D-2 : Homme de 33 ans sans traitement ostéopathique mais avec traitement médicamenteux

Ce patient est présent afin de pouvoir comparer l'évolution d'une lombalgie aiguë non spécifique sans traitement ostéopathique mais avec des traitements médicamenteux niveau I et II (antalgiques non morphiniques et antalgiques opioïdes faibles).

II. EVALUATION DU QUESTIONNAIRE EIFEL

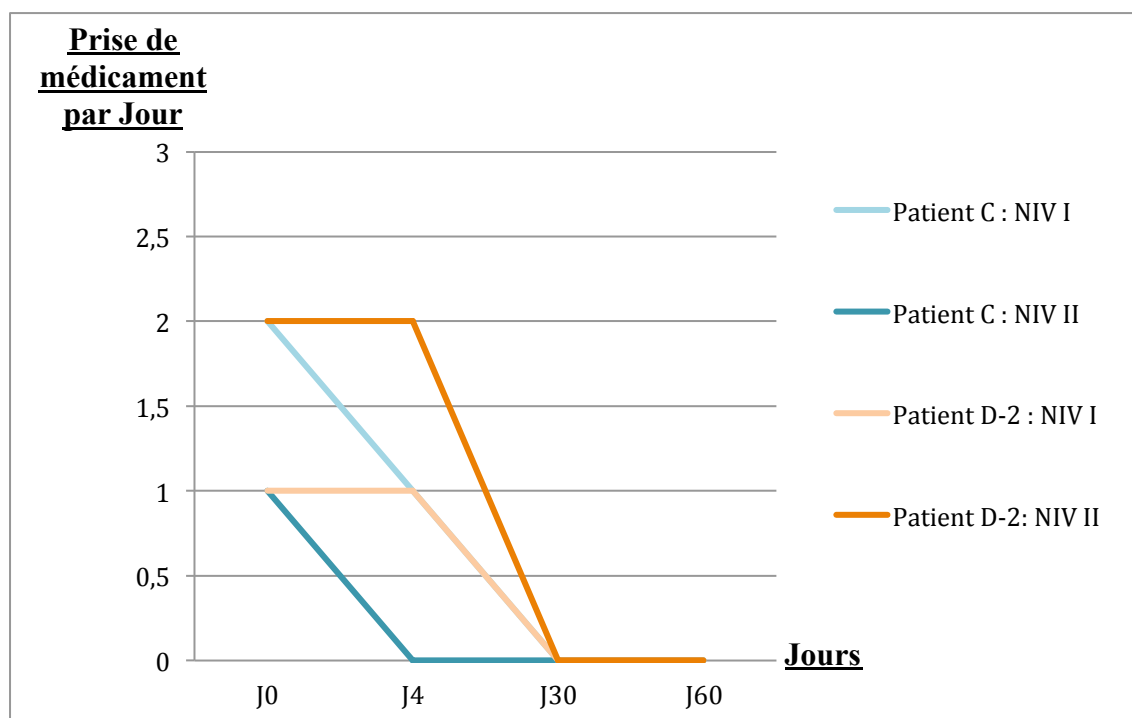


Graphique 1 – Analyse du questionnaire de qualité de vie de Roland Morris (Eifel)

| Patients / Jours | J0 | J4 | J30 | J60 |
|------------------|----|----|-----|-----|
| Patient A-1 | 10 | 0 | 0 | 0 |
| Patient A-2 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| Patient B-1 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| Patient B-2 | 12 | 3 | 0 | 0 |
| Patient C | 17 | 14 | 8 | 10 |
| Patient D-1 | 12 | 12 | 0 | 0 |
| Patient D-2 | 14 | 10 | 0 | 0 |

Tableau 1 – Résultats du questionnaire Eifel

III. EVALUATION DU QUESTIONNAIRE MÉDICAMENTEUX



Graphique 2 – Analyse de la prise de médicaments par jours

NB :

NIV I : Antalgiques non morphiniques

NIV II : Antalgiques opioïdes faibles

| Patients / Jours | J0 | J4 | J30 | J60 |
|-------------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| Patient A-1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Patient A-2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Patient B-1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Patient B-2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Patient C : NIV I | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Patient C : NIV II | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Patient D-1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Patient D-2 : NIV I | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Patient D-2 : NIV II | 2 | 2 | 0 | 0 |

Tableau 2 – Résultats de la prise de médicaments par jours

Discussion

Nous pouvons constater dans cette étude que différents axes de traitements ont été utilisés pour le « lumbago ». En effet ce principal motif de consultation est multifactoriel.

Dans un premier temps, un axe musculo-squelettique. Principalement utilisé pour les lombalgies aiguës prenant en compte :

- Le système postural (tel que : les yeux, les oreilles, la mâchoire, les pieds pouvant avoir des impacts sur le positionnement de tête, du bassin et de l'axe vertébral, mais aussi sur le tonus musculaire...)
- Les conditions de travail (telles que : la charge de travail, la gestion du temps, le stress, la position et le nombre d'écrans, la position assise prolongée, les mouvements répétitifs...). Les troubles musculo-squelettiques constituent aujourd'hui la maladie professionnelle la plus répandue en France avec environ 70 % des maladies professionnelles reconnues dans notre pays en 2002 [47].
- Le sport

Dans un second temps, l'axe viscéral (avec les rapports neurologiques, fascial et topographiques). Par exemple, un problème tel qu'une constipation va provoquer un excès d'informations neurologiques en provenance du colon pouvant se répercuter sur le territoire d'innervation orthosympathique du colon L2 à L4 (plexus mésentériques supérieur et inférieur).

Enfin, l'axe craniale avec le rapport des membranes de tension réciproques « MTR » pouvant être en tension et verrouiller les lombaires.

Cette étude nous permet d'analyser que pour ce motif de consultation l'axe et la localisation du traitement ainsi que les techniques utilisées ne sont pas identiques pour les différentes consultations. La localisation du traitement n'est pas uniquement loco-régionale mais est également à distance. De plus, les techniques utilisées sont très variées (viscéral, crâne, structurel, musculaire, fascial, fonctionnel et membraneux). En effet, « l'interaction structure/fonction, la capacité d'autorégulation du corps et la globalité sont trois grands principes qui fondent la réflexion et la pratique ostéopathique » [48].

Dans cette étude les praticiens réalisent une séance d'ostéopathie habituelle. Ici, différents axes de traitement et plusieurs techniques sont utilisés. Or, pour montrer l'efficacité d'une technique, il est préférable d'en faire le moins possible. L'objectif de cette étude est donc d'analyser l'efficacité d'un traitement ostéopathique et non d'une technique particulière. L'approche de Still, les recherches de Littlejohn et la vision de Sutherland envisagent l'ostéopathie sur un concept de globalité [49]. Ce concept est toujours présent en ostéopathie c'est pourquoi il était difficile de mettre en place un protocole de traitement pour les lombalgies aiguës non spécifiques.

Suite au traitement en ostéopathie, nous pouvons voir sur les graphiques que la variance du questionnaire Eifel et de la prise de médicaments évoluent dès le 4^{ème} jour

significativement vers la diminution dans les différents groupes de patients. Un certain nombre d'essais randomisés contrôlés (ECR) ont trouvé des améliorations dans les lombalgies aiguës après traitement ostéopathique [50].

Sans traitement ostéopathique et médicamenteux nous constatons que le score du questionnaire Eifel ne diminue pas avant le 4^{ème} jour. De plus, sans traitement ostéopathique mais avec traitement médicamenteux ce score diminue plus faiblement le 4^{ème} jour que lors d'une prise en charge ostéopathique sans traitement médicamenteux.

Les résultats auraient pu être encore plus démonstratifs avec un échantillonnage plus important de patients ainsi qu'avec un groupe de patients placebo. Malheureusement, il était difficile de mettre en place en clinique un groupe placebo pour ce motif de consultation. Cependant, il est intéressant de voir que les bénéfices de la séance d'ostéopathie sont toujours présents 60 jours après la première consultation.

Conclusion

Dans cette étude, nous avons évalué la douleur perçue par les différents sujets lombalgiques qui ont participé à cette étude grâce au questionnaire de Roland-Morris (Eifel) sur une durée de 6 semaines.

D'une part, les résultats objectifs qui se dégagent de cette étude nous conduisent à affirmer que l'ostéopathie permet de diminuer de façon significative les lombalgies aiguës non spécifiques.

D'autre part, nous constatons une diminution de la prise de médicaments dès le 4^{ème} jour qui a suivi la première consultation.

L'ensemble de ces perspectives au cours de ce travail devrait, nous l'espérons, déboucher sur une prise en charge optimisée des patients en ostéopathie.

Bibliographie

- [1] Dr Karl Vincent. **Intérêt Clinique de la classification des lombalgies.** [En ligne : <http://vertebre.com/articles/a5.pdf>]
- [2] Dr Y-A Vimont. **Lombalgies chroniques non spécifiques.** 11 avril 2013
- [3] Federico Balagué, Anne F Mannion, Ferran Pellisé, Christine Cedraschi. « **Non-specific low back pain** » Vol379 February 4, 2012 ; 379: 482–91
- [4] Van Tulder M et al. **Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care.** Eur Spine J. 2006 Mar;15 Suppl 2:S169-91.
- [5] Thèse de Cécile Mignon Le Vaillant. **Ostéopathie et Lombalgie aiguë commune : Connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées.** Avril 14 2016 : 12-13
- [6] Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. **Diagnosis and treatment of low back pain.** BMJ. 17 juin 2006;332(7555):1430-4.
- [7] Valat J-P, Mammou-Mraghni S, Mulleman D. **Comment évoluent les lombalgies aiguës communes ?** Rhumatologie. 2004;56(5):4-6.
- [8] R. Sauvannet, E. Coudert. **A propos des mécanismes de la stabilité rachidienne lombaire.** Ann Kinésithér. 1983 : t.10 n°3 : 65-71
- [9] Tibault Dubois. **Etude des Motifs de consultation en OSTéopathie.** [En ligne : <http://www.observatoire-osteopathie.org/wp-content/uploads/2011/11/MOST.pdf>]
- [10] Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A (2007) **Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys.** Ann Readapt Med Phys. 2007 Nov;50(8):640-4, 633-9.
- [11] Poiraudreau S, Rannou F, Revel M. **Low back pain: disability and evaluation methods, socio-economic impact.** EMC-Rhumatologie Orthopédie. Volume 1, Issue 4, July 2004, Pages 320–327.
- [12] Rossignol M, Suissa S and Abenhaim L. **Working disability due to occupational back pain: three-year follow-up of 2,300 compensated workers in Quebec.** Journal of Occupational Medicine. June 1988. 30(6): 502-505.
- [13] Jordan KP, Kadam UT, Hayward R, Porcheret M, Young C, Croft P. **Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study.** BMC Musculoskelet Disord 2010; 11: 144.

- [14] Plenet A, Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoe JL, Leclerc A. **Seeking care for lower back pain in the French population aged from 30 to 69: the results of the 2002–2003 Decennale Sante survey.** *Ann Phys Rehabil Med* 2010; 53: 224–31.
- [15] Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. **A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands.** *Pain* 1995;62:233–40.
- [16] Volinn E. **The epidemiology of low back pain in the rest of the world.** *Spine* 1997;22:1747–54.
- [17] Santos-Eggiman, B et al. **One-year prevalence of low back pain in two swiss regions: estimate from the population participating in the 1992-1993 MONICA project.** *Spine* 2000; 25(19):2473-9
- [18] A. C. Pereira Miozzari, S. Genevay. **Lombalgie aiguë.** HUG – DMCPRU – Service de médecine de premier recours – 2013. [En ligne : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soi gnants/lombalgies_aigues_arce_2013.pdf]
- [19] Walker BF. **The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998.** *J Spinal Disord.* 2000 Jun;13(3):205-17.
- [20] Thèse de Doctorat d’Alexandra Lemaire. **Lombalgies chroniques : évaluation des facteurs mécaniques des membres inférieurs au moyen des relations moment-vitesse.** Biomécanique [physics.med-ph]. Université du Maine, 2014.
- [21] Spitzer W. **Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders.** *Spine* (1987) 12:1–58
- [22] Bart W. Koes, Maurits van Tulder. **An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care.** *Eur Spine* July (2010) 19:2075–2094.
- [23] Jennan A. Phillips, Brian Forrester, Kathleen C. Brown. **Low Back Pain (Prévention and Management).** January 1, 1996, Vol 44, NO 1 : 40-51
- [24] Tulder M, Furlan A, Bombardier C, Bouter L. **Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group.** *Spine* (Phila Pa 1976). 2003 Jun 15;28(12):1290-1299.
- [25] Koes BW, Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. **Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison.** *Spine.* 2001;26:2504–2513.
- [26] Y. Henrotin, S. Rozenberg, F. Balagué, A. Leclerc, É. Rouxo, C. Cedraschie, A. la collaboration de M. Marty, et J.-P. Valat. **Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique.** *Rev. Rhum.* Jan 2006. Vol. 73. S35-S52.

- [27] M. W. van Tulder, B. Koes, et A. Malmivaara. **Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: an evidence-based review.** Eur. Spine J. 2006. vol 15, n°1. P S64-S81.
- [28] Mémoire de Jérémy Macia. **Le rôle de l'ostéopathe dans la prise en charge des lombalgies aiguës aux urgences.** Année 2015-2016.
- [29] Fawkes CA, Leach CM, Mathias S, Moore AP: **A profile of osteopathic care in private practices in the United Kingdom: a national pilot using standardised data collection.** Man Ther. in press.
- [30] **General Osteopathic Council: Snapshot Survey.** London, UK: General Osteopathic Council; 2001. [En ligne : http://www.osteopathy.org.uk/uploads/survey2snapshot_survery_results_2001.pdf].
- [31] Maniadakis N, Gray A: **The economic burden of back pain in the UK.** Pain 2000, 84 : 95–103.
- [32] Helge Franke, Jan-David Franke, Gary Fryer. **Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain : a systematic review and meta-analysis.** BMC Musculoskeletal Disorders. 2014 : 15-286.
- [33] Grazier KL, Holbrook TL, Kelsey JL, Stauffer RN, eds. **The frequency of occurrence, impact, and cost of musculoskeletal conditions in the United States.** Chicago : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1984.
- [34] Snook SH, Jensen RC. Cost. In : Pope MH, Frymoyer JW, Andersson G, eds. **Occupational low back pain.** New York : Praeger, 1984 : 115-21.
- [35] **Prevalence of selected impairment.** United States, 1977. Hyattsville, Md : National Center for Health Statistics 1981. DHHS publication (PHS) Series 10, No. 134.
- [36] Frymoyer. **Back pain and sciatica** N Engl J Med. 1988 Feb 4 ;318(5) : 291-300
- [37] Andersson GBJ, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S. **A Comparison of Osteopathic Spinal Manipulation with Standard Care for Patients with Low Back Pain.** New England Journal of Medicine. 4 nov 1999;341(19):1426-31.
- [38] UK Beam Trial Team. **United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK Beam) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care.** BMJ 2004;329:1381–92.
- [39] Philippe Vautravers, Marie-Ève Isner-Horobeti, Jean-Yves Maigne. **Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances.** Revue du Rhumatisme, Volume 76 (2009), Issue 5, Pages 405-409

[40] 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.

[41] Livre de Nortin M, Hadler, M.D. **Poignardé dans le dos.** Traduit de l'anglais par Fernand Turcotte. 2011 : 25-42-43-70-71-73

[42] Robert Maigne. **Lombalgie basse d'origine dorsolombaire: la lombalgie méconnue.** In: **Douleurs d'origine vertébrale comprendre, diagnostiquer et traiter.** ELSEVIER MASSON. 2006. p. 245-59.

[43] Robert Maigne. **Dérangement douloureux intervertébral mineur (DDIM).** In: **Douleurs d'origine vertébrale comprendre, diagnostiquer et traiter.** ELSEVIER MASSON. 2006. p. 119-30.

[44] Société Française de Rhumatologie. **Questionnaire Eifel.** [En ligne : <http://www.rhumatologie.asso.fr/03-Services/instruments-pratiques/Eifel.html>]

[45] Martin Roland et Jeremy Fairbank. **The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire.** December 15, 2000 - Volume 25 – Issue 24 : pp 3115-3124

[46] J.-F. Payen. **Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur (65).** Novembre 2002.

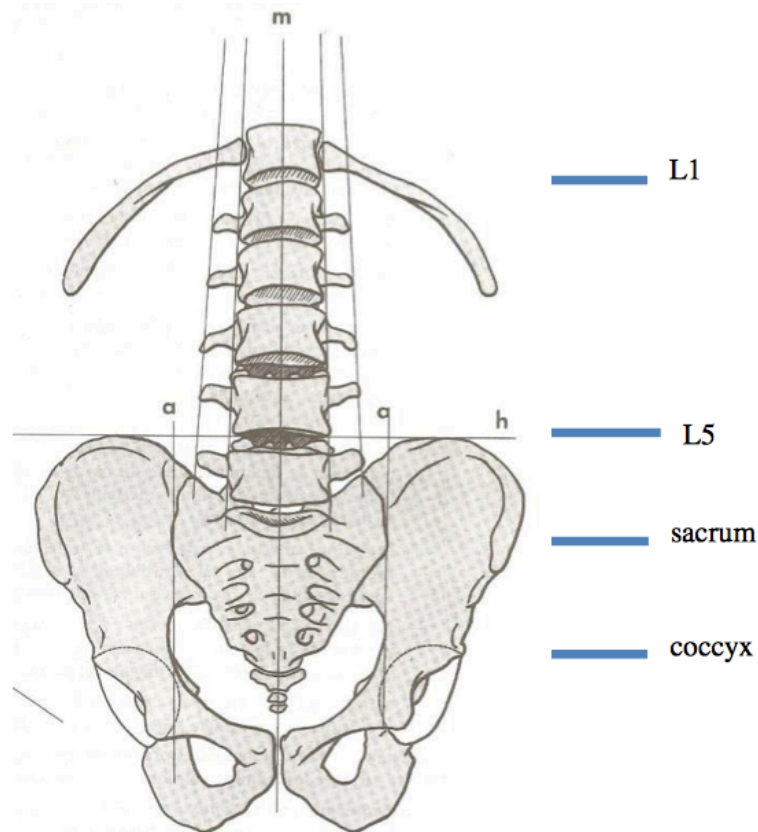
[47] Thèse de Fabien Coutarel. **La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception : quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l'activité ?.** Anthropologie sociale et ethnologie. Université Victor Segalen - Bordeaux II, 2004. Français.

[48] Livre de Marie Eckert. Collection ostéopathie concepts fondamentaux. Éditions de Boeck Université. Bruxelles. **Le concept de globalité en ostéopathie.** Première Edition. 2013 : 168 p

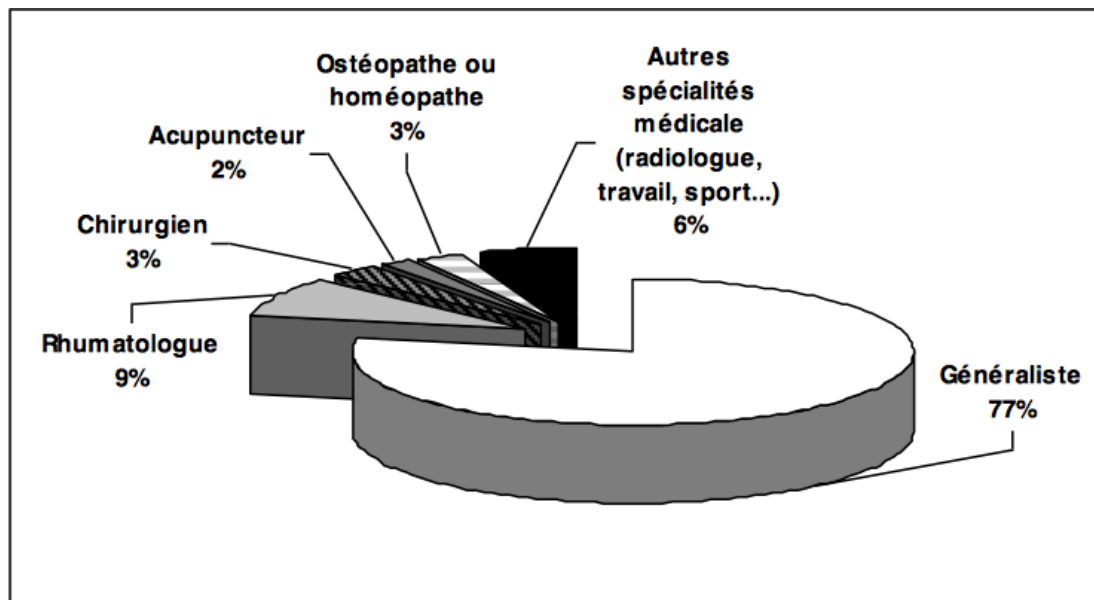
[49] Livre de Pierre Tricot. Éditions Sully. **Approche tissulaire de l'ostéopathie. Un modèle du corps conscient.** Livre 1. Vannes. 2002. : 320 p

[50] Brett Vaughan, Tracy Morrison, Della Buttigieg, Chris Macfarlane, Gay Fryer. **Approach to low back pain – osteopathy.** Volume 43, No.4, April 2014. Pages 197-198.

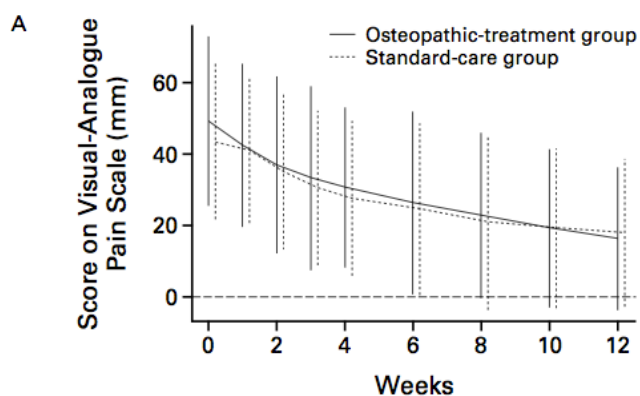
VII. ANNEXES



Annexe 1 – Rachis lombaire vue de face (d'après Kapandji 2007)

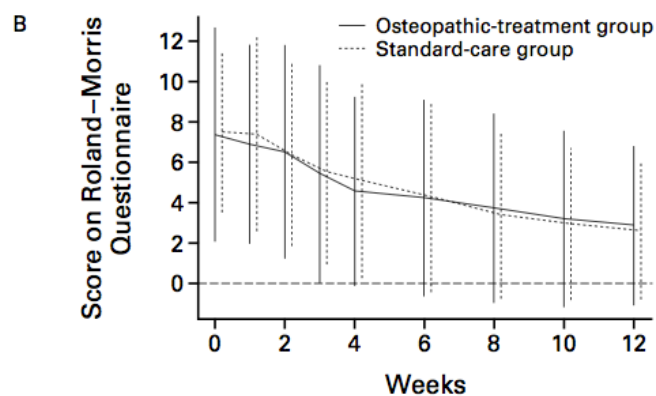


Annexe 2 - Spécialités des médecins consultés pour lombalgie sur 962 consultations.



| NO. OF PATIENTS | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Osteopathic-treatment group | 83 82 79 75 72 64 53 41 83 |
| Standard-care group | 72 71 69 68 62 55 37 30 72 |

Annexe 3 - Moyenne de la variation du score de l'échelle de douleur



| NO. OF PATIENTS | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Osteopathic-treatment group | 83 82 79 75 72 64 53 41 83 |
| Standard-care group | 72 71 69 68 62 55 37 30 72 |

Annexe 4 - Moyenne de la variation du score du questionnaire Roland-Morris

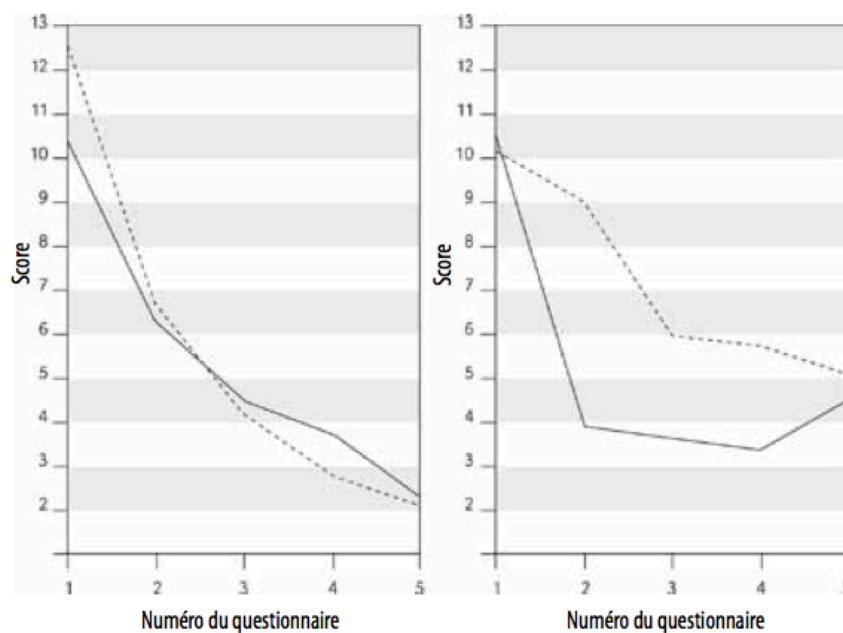


FIGURE 4. Résultats de l'essai de la manipulation de la colonne vertébrale de l'University of North Carolina. Les volontaires souffrant de lombalgie régionale ont été stratifiés en ceux qui souffraient depuis moins de deux semaines (gauche) et ceux souffrant depuis deux à quatre semaines (droite). L'addition d'un craquement du dos à haute vélocité (ligne pleine) à la mobilisation (ligne pointillée) n'a pas eu d'effet dans le premier groupe. Par contre, les participants astreints à la manipulation dans le deuxième groupe obtinrent plus rapidement ($p = 0,009$) une réduction de leur degré de souffrance. (Repris avec la permission de l'éditeur de *Spine*, à partir de l'article original : N. M. Hadler, P. Curtis, D. B. Gillings et S. Stinnett, « A Benefit of Spinal Manipulation as Adjunctive Therapy for Acute Low Back Pain : A Stratified Controlled Trial », *Spine* 12, 1987 : 703-706.)

Annexe 5 - Résultats de la manipulation de patient souffrant de lombalgie aiguë



NOTICE D'INFORMATION AU PATIENT

Madame, Monsieur,

Notre centre de soin vous propose de participer à une étude de recherche dans le cadre de la prise en charge des lombalgies.

Si vous souffrez d'une lombalgie de moins de 4 semaines vous êtes éligibles à participer à cette étude. Si ce n'est pas le cas, merci de remettre ce document au secrétariat.

Elle s'intitule : Évaluation de la prise en charge en ostéopathie d'une lombalgie aiguë non spécifique.

Il est important de lire attentivement cette notice d'information avant de prendre votre décision sur votre participation ou non à l'étude. N'hésitez pas à contacter le coordinateur en charge de cette étude si vous souhaitez éclaircir certains points ou si vous désirez de plus amples renseignements (Elena Peyrucq, 06 33 91 86 94 , elena.peyrucq@hotmail.com).

Objectif de cette recherche ?

Vous allez être pris en charge par un ostéopathe pour une lombalgie datant de moins de 4 semaines. Ce motif de consultation est celui qui est le plus fréquemment rencontré par les ostéopathes. Notre principe de prise en charge a déjà fait l'objet d'études dans ce domaine qui ont montré un intérêt certain au soin ostéopathique. Nous souhaitons apporter encore plus d'éléments de compréhension afin d'améliorer encore nos prises en charge.

Comment se déroule cette recherche ?

Cette recherche se déroule sur 6 semaines dans le centre de soin du collège ostéopathique de Provence, Marseille. Au total 100 patient(e)s sont attendues pour participer à cette recherche. La participation à cette étude vous sera proposée lors de la première consultation.

Qui peut participer ?

Peuvent participer à cette recherche, les personnes âgées de plus de 18 ans, présentant une lombalgie aiguë (moins de 4 semaines), non spécifiques (donc sans pathologie musculo-squelettique (type hernie discale, fracture...) viscéral (colique néphrétique...) ou liée à un traumatisme), et dont le score au questionnaire (Eifel) ci joint que vous

allez remplir est compris entre 4 et 20. N'hésitez à questionner votre praticien si nécessaire.

Qu'implique votre participation ?

Si vous acceptez de participer à cette recherche, merci de remplir les documents comme décrit ci dessous:

- La feuille de consentement de participation (à signer et remettre au praticien)
- **4** Questionnaires EIFEL (Le premier à remplir en salle d'attente les autres à conserver pour la suite de l'étude)
- Le Questionnaire : Prise de traitement médicamenteux (A conserver jusqu'à votre deuxième consultation)

- **Lors de votre première consultation :**

Remplir un questionnaire EIFEL et le questionnaire : Prise de traitement médicamenteux sous la **colonne J0**. Donner votre questionnaire EIFEL à votre praticien avant la séance.

- **5 jours après votre consultation :**

Vous serez rappelé par l'étudiante qui s'occupe de cette étude pour remplir de nouveau le questionnaire EIFEL + la colonne J5 du questionnaire prise de traitement médicamenteux.

- **Avant votre deuxième consultation :**

Remplir le questionnaire EIFEL + la colonne J30 du questionnaire prise de traitement médicamenteux. Donner votre questionnaire EIFEL + traitement médicamenteux à votre praticien.

- **6 semaines après votre première consultation :**

Vous serez rappelé par l'étudiante qui s'occupe de cette étude pour remplir de nouveau le questionnaire EIFEL et donner votre score.

Contraintes et obligations:

Le traitement ostéopathique se fera par deux consultations. Votre deuxième consultation sera **3 semaines après la première**.

N'oubliez pas vos documents lors de votre deuxième consultation.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez vous adresser à M Bricot Nicolas et Mlle Peyrucq Elena.

Annexe 6 - Notice d'information au patient



CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Je soussigné(e),....., déclare accepter de participer à la recherche ostéopathique intitulée : Evaluation de la prise en charge en ostéopathie d'une lombalgie aiguë non spécifique menée par M. Bricot Nicolas et Mlle Peyrucq Elena sous la direction du Département Recherche du Collège Ostéopathique de Provence, Aix-Marseille (50, rue Louis Grobet 13001 Marseille – 04 91 50 66 87).

J'ai reçu et bien compris les informations concernant ma participation à cette recherche, comprises dans la feuille ci-jointe.

Il m'a été précisé que :

- Je suis libre d'accepter, de refuser, ou d'arrêter à tout moment ma participation à cette étude. Ma décision ne modifiera en rien ma prise en charge ostéopathique.
- Les données me concernant resteront strictement confidentielles. Seules les personnes collaborant à l'étude seront autorisées à les consulter.
- Je pourrai exercer mon droit d'accès, de rectification ou d'opposition à tout moment auprès de M. Bricot Nicolas ou Mlle Peyrucq Elena.
- J'accepte que les données me concernant, recueillies à l'occasion de cette étude, puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche.
- J'autorise également l'exploitation, la diffusion et la publication des données me concernant MAIS de manière strictement anonyme.
- J'autorise mon praticien à envoyer mon Nom Prénom et numéro de téléphone à Mlle Peyrucq Elena l'étudiante qui s'occupe de cette étude afin de me rappeler 5 jours après la première consultation pour remplir les questionnaires.
- Je peux, si je le désire, être tenu au courant des résultats généraux de la recherche en m'adressant à M. Bricot Nicolas et Mlle Peyrucq Elena.
Téléphone : 06. 33. 91. 86. 94 Mail : elena.peyruqc@hotmail.com

Mon consentement ne décharge en rien les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités.

Fait en double exemplaire.

A, le

Nom et Signature de l'investigateur

Nom et Signature du patient

Annexe 7 – Consentement de participation



Questionnaire Eifel

Si vous êtes cloués au lit par votre douleur lombaire, arrêtez-vous là. En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondez au questionnaire qui suit. Une liste de phrases vous est proposée. Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes aujourd'hui à cause de votre douleur lombaire. Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-là. Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante.

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même aujourd'hui.

| | | |
|----|--|--|
| 1 | Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos | |
| 2 | Je change souvent de position pour soulager mon dos | |
| 3 | Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos | |
| 4 | A cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison | |
| 5 | A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers | |
| 6 | A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer | |
| 7 | A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil | |
| 8 | A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place | |
| 9 | A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude | |
| 10 | Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos | |
| 11 | A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller | |
| 12 | A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise | |
| 13 | J'ai mal au dos la plupart du temps | |
| 14 | A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit | |
| 15 | J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos | |
| 16 | A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas /collants) | |
| 17 | Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos | |
| 18 | Je dors moins à cause de mon mal de dos | |
| 19 | A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller | |
| 20 | A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée | |
| 21 | A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison | |
| 22 | A cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens | |
| 23 | A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude | |
| 24 | A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps | |
| | TOTAL | |

Annexe 8 - Questionnaire Eifel (Roland-Morris)



QUESTIONNAIRE : PRISE DE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Prenez vous des médicaments pour vos douleurs lombaires ? :

| | |
|-----|--|
| OUI | |
|-----|--|

| | |
|-----|--|
| NON | |
|-----|--|

Si oui, merci de remplir le tableau ci dessous en indiquant dans la ligne correspondante à votre médicament la quantité prise par jour ou par semaine comme dans l'exemple suivant :

Exemple :

3/J = 3 par **jour**

3/S = 3 par **semaine**

- **La colonne J0** correspond aux médicaments que vous prenez avant la première prise en charge ostéopathique. Elle **sera à remplir à l'école avant la séance.**
- **La colonne J5** correspond aux médicaments que vous prenez 5 jours après votre première consultation d'ostéopathie. Elle **sera à remplir chez vous.**
NB : Vous recevrez un appel d'Elena Peyrucq l'étudiante qui s'occupe de cette étude pour vous le rappeler.
- **La colonne J30** correspond au traitement que vous prenez 3 semaines après votre première consultation d'ostéopathie. Elle **sera à remplir à l'école avant votre deuxième consultation.**

Merci de garder ce questionnaire avec vous au cours de la prise en charge de l'étude.

NB : N'oubliez pas votre questionnaire lors de votre deuxième consultation. Il faudra le remplir avant la séance et le rendre à votre praticien.

| Suivi du traitement | | J0 | J5 | J30 |
|--|---|----|----|-----|
| Niveau I antalgiques non morphiniques | - Aspirine | | | |
| | - Anti-inflammatoires non stéroïdiens | | | |
| | - Diflunisal (Dolobis) | | | |
| | - Floctafénine (Idarac) | | | |
| | - Nefopam (Acupan) | | | |
| | - Noramidopyrine (Viscéralgine Forte, Optalidon, Avafortan..) | | | |
| | - Paracétamol | | | |
| Niveau II antalgiques opioïdes faibles | - Codéine ± paracétamol (Codoliprane) | | | |
| | - Dextropropoxyphène ± paracétamol (DiAntalvic, Xalgix, Bisedal...) | | | |
| | - Tramadol (Tramal, Tremadol...) | | | |
| Niveau III antalgiques opioïdes forts | - Fentanyl (Durogésic) | | | |
| | - Hydromorphone (Sophidone) | | | |
| | - Morphine (Actiskenan, Skenan, Moscontin) | | | |
| | - Pethidine (Dolosal) | | | |
| | - Buprénorphine (Temgesic) | | | |
| | - Nalbuphine (Nubain) | | | |
| Co-analgésiques | - Anti-comitiaux (carbamazépine, phénytoïne, valproate de sodium, clonazépam) | | | |
| | - Corticoïdes | | | |
| | - Neuroleptiques (phénothiazines) | | | |
| | - Spasmolytiques | | | |
| | - Tricycliques | | | |
| Autres | | | | |
| Ne sait pas | | | | |



ÉTUDE SUR LES LOMBALGIES AIGÜES : NOTE AUX PRATICIENS

Vous recevez ce jour un patient présentant une lombalgie aiguë (dont la durée est inférieure à 4 semaines).

Ce dernier peut participer à l'étude :

- si sa lombalgie est non spécifique : vous avez tous les éléments pour dire que sa douleur n'est pas due (ou suspicion) à une pathologie musculosquelettique (hernie, fracture..), viscérale (colique néphrétique...) ou liée à un traumatisme).
- Le score du questionnaire Eifel devra être compris entre 4 et 20

Après avoir recueilli le consentement du patient

Vous allez réaliser une séance d'ostéopathie normale mais nous vous demandons :

- **Avant votre C1** : Récupérer le questionnaire Eifel, vérifier qu'il soit rempli et le mettre dans le dossier patient
- **Après votre C1** : **Envoyer un SMS** avec le Nom Prénom et numéro de téléphone du patient à Elena Peyrucq : 06.33.91.86.94 ou informer l'accueil que le patient est inclus pour l'étude.
- Prévoir la **C2 : 3 semaines après la C1 : Obligatoirement**
- **Avant votre C2** : Récupérer le questionnaire Eifel + le questionnaire : prise de traitement médicamenteux et les mettre dans le dossier patient.

NB : A la fin de votre première consultation, vous pouvez rappeler au patient que dans 5 jours il sera recontacté par l'étudiante qui s'occupe de l'étude afin de remplir les questionnaire Eifel et prise de traitement médicamenteux.

Merci de votre participation.

Bricot Nicolas
Peyrucq Elena

Annexe 10 – Note aux praticiens

| <u>GROUPES DE PATIENTS ET CONSULTATIONS</u> | <u>DYSFONCTIONS</u> | <u>TECHNIQUES UTILISÉES</u> |
|---|--|---|
| <p align="center"><u>GROUPE A</u></p> <p>C1 <u>Patient A-1</u></p> | - Talus droit Antérieur | - Technique structurelle |
| | - Hypertonie des psoas bilatéraux | - Technique musculaire |
| | - Caecum/ fascia iliaca | - Technique viscérale |
| | - Sigmoïde/ fascia iliaca | - Technique viscérale |
| | - L5 ERSd | - Technique structurelle |
| | - Sacrum en postflexion | - Technique de Cathy bilatéral |
| | - D4 FRSg | - Non traité |
| <p>C1 <u>Patient A-2</u></p> | - Faux du cerveau | - Technique membraneuse |
| | - Temporal droit rotation externe | - Technique crânienne indirecte |
| | - Ptérygoïdien gauche | - Technique de ponçage |
| | - Aponévrose cervical supérieure | - Technique aponévrotique |
| | - C0 SgRd | - Technique musculaire |
| | - C1 translation droite | - Technique fonctionnelle |
| | - C4 ERSd | - Technique fonctionnelle |
| | - Diaphragme (coupole gauche / pilier droit) | - Technique viscérale croisé a moyen bras de levier |
| | - Petit épiploon | - Technique viscérale épiploïque |
| | - K12 Inspi | - Technique de recoil |
| | - D3 FRSg | - Technique fonctionnelle |
| | - L2 FRSd | - Technique fonctionnelle |
| | - Sacrum G/G | - Technique fonctionnelle |
| | - D1 ERSg | - Non traité |
| | - OM droite | - Non traité |

| | | |
|---|---|---|
| <u>GROUPE B</u> <u>Patient B-1</u> | - Carré des lombes | - Technique musculaire |
| | - Pubo-vésicaux droit | - Technique viscérale |
| | - GLSS/PLSS | - Technique ligamentaire |
| | - Psoas droit et gauche | - Technique musculaire |
| | - IG | - Technique de ptose |
| | - Sacrum G/G | - Technique fonctionnelle |
| | - Piriforme gauche | - Technique musculaire |
| | - Iliaque gauche conversion postérieure | - Décompression sacro-iliaque gauche |
| | - Symphyse postéro-supérieure | - Technique de compression |
| | - Membrane obturatrice droite + gauche | - Technique membraneuse |
| | - Ligament pubo-vésicale droit | - Non traité |
| | - D7 FRSG | - Non traité |
| | - D3 FRSG | - Non traité |
| | | |
| <u>Patient B-2</u> | - Talo-crurale gauche antérieure | - Technique structurelle |
| | - Subtalaire gauche postéro-externe | - Technique musculaire |
| | - Malléole externe gauche postérieure | - Technique de défibrosage des ligaments externes |
| | - Fibula gauche antérieure | - Technique structurelle |
| | - Genou gauche en rotation interne | - Technique musculaire |
| | - Psoas gauche hypertonique | - Technique musculaire |
| | - Pirifome gauche hypertonique | - Technique musculaire |
| | - Iliaque gauche en conversion postérieure | - Technique musculaire |
| | - L5 en ERSG | - Technique fonctionnelle |
| | - L2 en ERSD | - Technique structurelle |
| | - Diaphragme (coupole droite/pilier gauche) | - Technique viscérale croisé à moyen bras de levier |
| | - D6 FRSD | - Technique structurelle (DOG) |
| | - Temporal gauche en rotation externe | - Non traité |
| | - D4 FRSD | - Non traité |
| - Colon descendant/IG | - Non traité | |

| <u>GROUPE C</u> | | |
|------------------------|--|-----------------------------------|
| C1 | - Talo-crurale gauche antérieure | - Technique structurelle |
| | - Sacrum G/D | - Technique structurelle |
| | - Psoas gauche hypertonique | - Technique musculaire |
| | - Diaphragme (coupole gauche/pilier droit) | - Technique viscérale |
| | - IG/Colon descendant | - Technique viscérale |
| | - L2 ERSd | - Technique musculaire |
| | - D8 FRSg | - Non traité |
| | - D4 FRSd | - Non traité |
| | - C3 FRSd | - Non traité |
| | | |
| C2 | - Sigmoide/fascia iliaca | - Technique viscérale |
| | - Psoas gauche hypertonique | - Technique musculaire |
| | - IG/Colon descendant | - Technique viscérale |
| | - L1 ERSg | - Technique fonctionnelle |
| | - L5 ERSg | - Décompression L5/S1 |
| | - Sacrum Postflexion | - Sacrum en structurel |
| | - Aponévrose cervicale moyenne | - Technique aponévrotique |
| | - OM droite | - Technique crânienne (élastique) |
| | - D4 FRSd | - Non traité |
| | - Diaphragme (coupole gauche/pilier droit) | - Non traité |
| | - Lames SRGVP | - Non traité |
| | | |

Annexe 11 – Dysfonctions et techniques utilisés