



**ENTORSE
FONCTIONNELLE
DE LA CHEVILLE**

**Étude de la
reproductibilité
des résultats
dans**

1
**documentation
et exemplaire**

**l'application de l'ostéopathie
selon le concept de la
RÉÉQUILIBRATION FONCTIONNELLE
Méthode SOLÈRE ®**

Des troubles musculo squelettiques (TMS) sont souvent liés aux syndromes polyalgiques idiopathiques diffus (SPID) tels ceux de la fibromyalgie.



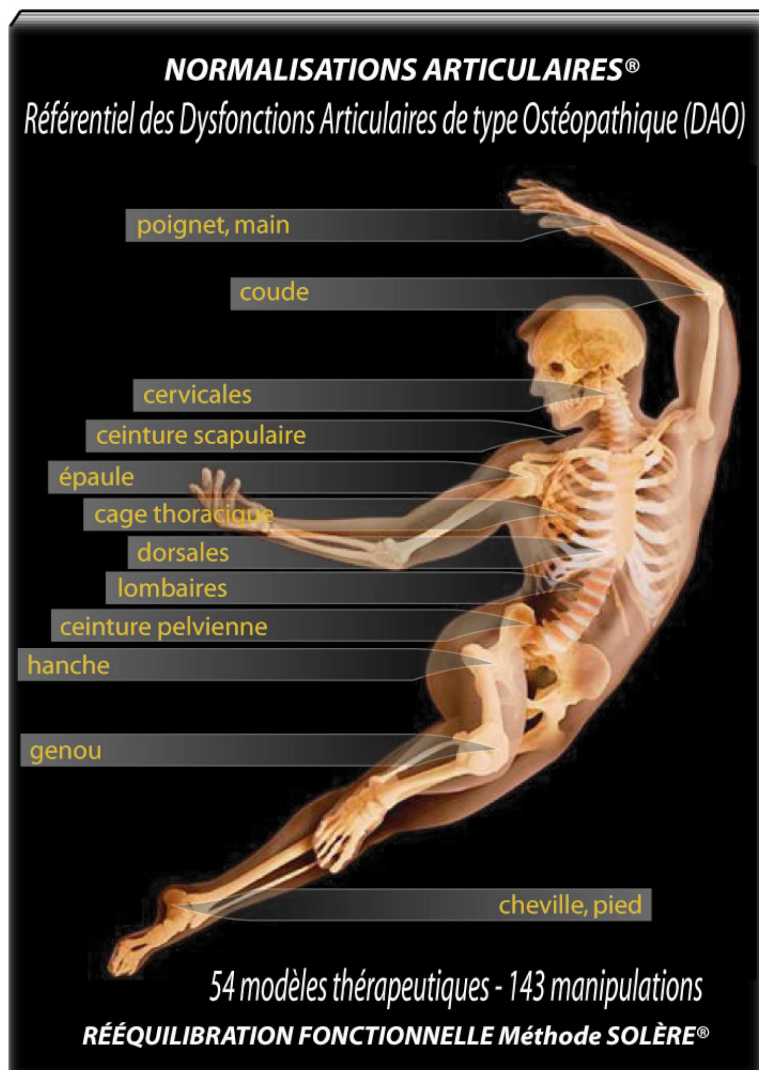
Pour justifier du bien fondé de nos modèles thérapeutiques non médicamenteux sur des TMS, le CRTA a lancé une étude préliminaire sur la reproductibilité du modèle concernant « l'entorse fonctionnelle de la cheville ».

L'entorse fonctionnelle représente une source de problèmes mécaniques qui installe des dysfonctions articulaires de type ostéopathique (DAO). Au vu de l'entière réversibilité de ces DAO il semble utile de proposer de les traiter immédiatement pour ne pas avoir à découvrir plus tard que ces troubles musculo squelettiques (TMS) sont des facteurs favorables au déclenchement des syndromes polyalgiques diffus (SPID) tels ceux de la fibromyalgie !

La médecine basée sur l'évidence (Evidence Based Medicine E.B.M.) est une médecine qui tient compte de tout ce que la littérature apporte dans un cas comparable afin d'inclure des faits qui pourraient permettre au médecin de mieux assurer la prise en charge de son patient. Il nous paraît important de signaler nos observations sur l'entorse fonctionnelle de la cheville, dans l'intérêt des connaissances médicales sur le sujet des entorses « fonctionnelles ».

La méthode que nous pratiquons permet d'évaluer la reproductibilité des résultats obtenus dans le traitement d'une entorse de la cheville, dite « fonctionnelle » puisque les différents praticiens Certifiés en Ostéopathie « Normalisations articulaires® » cibleront leur action à partir d'un diagnostic sans équivoque, appliqueront les techniques de soins avec les mêmes modèles thérapeutiques et évalueront les résultats avec les mêmes outils d'évaluation et de mesure. Des protocoles ont été élaborés pour répondre à de telles exigences.

- **Le diagnostic médical** d'une entorse de « gravité modérée » sera celui de l'entorse dite « fonctionnelle » du fait de l'absence de fracture (radiographies) et de l'absence de rupture ligamentaire (sous réserve que ce bilan clinique refait une semaine après se confirme). Le premier jour, il y a une impossibilité à marcher plus de quatre pas, et l'œdème apparu quelques minutes après le traumatisme peut s'accompagner dès le lendemain d'une ecchymose.
- **Dans ce cas d'entorse fonctionnelle**, l'ostéopathe remarquera des dysfonctions articulaires dans le segment jambier (cheville et genou).
- **Ce dysfonctionnement articulaire de type ostéopathique (DAO)** trouvera des correspondances dans des techniques de correction très précises qu'il mettra en œuvre selon des modèles thérapeutiques "non médicamenteux" du référentiel de la RÉÉQUILIBRATION FONCTIONNELLE Méthode SOLÈRE®.



Les modèles thérapeutiques mentionnent la caractéristique du trouble musculo squelettique évoqué lors d'un diagnostic médical. Ces modèles permettent d'obtenir des normalisations articulaires numérotés de NA.1 à NA.54.

Dans ces modèles thérapeutiques, les manipulations et autres manœuvres directes, indirectes ou réflexes portent le nom de la dysfonction articulaire de type ostéopathique (DAO). Les DAO sont numérotées de DAO.1 à 143.

Le traitement effectué associe plusieurs modèles du référentiel lorsque par exemple, dans les membres inférieurs, des suites mécaniques font qu'une entorse de la cheville met en souffrance l'articulation du genou.

- **L'objectif** est de solutionner le problème diagnostiqué (entorse de la cheville) en tenant compte de l'aspect mécanique de toute la systémique fonctionnelle du segment jambier.
- **Le traitement de l'entorse fonctionnelle de la cheville** tient compte des interrelations mécaniques induites par des éléments osseux communs, répartissant la force contraignante entre la **cheville** et le **genou**. Parce que la hanche arrive à amortir cette contrainte, elle évite la dysfonction articulaire au niveau de l'iliaque. Par contre, lorsque l'entorse a suscité un déséquilibre du corps, la force descendante en provenance du tronc peut mettre en dysfonction la mobilité du **sacrum** par rapport aux iliaques. Lorsque ce système d'amortissement des contraintes n'a pu jouer son rôle, la cheville subit des dommages dans sa structure osseuse et ligamentaire, et dans ce cas, le traumatisme induit l'entorse « orthopédique » et nécessite un traitement différent. **Il ne faut pas confondre l'entorse fonctionnelle et l'entorse orthopédique**, les traitements à proposer ne sont vraiment pas les mêmes.



L'entorse orthopédique nécessite un plâtre ou une attelle, des béquilles, des anti-inflammatoires, puis la rééducation après cette immobilisation... Pour une entorse fonctionnelle, il est possible de récupérer toute la fonctionnalité en seulement trois séances d'ostéopathie. Si la rééducation s'avère utile, elle sera plus simple et plus rapide après cette « rééquilibration fonctionnelle ».

Dans notre étude de reproductibilité sur les résultats obtenus lors du traitement d'une entorse fonctionnelle de la cheville nous considérons les possibilités des dysfonctionnements de la cheville, du genou et du sacrum, en suivant deux modèles thérapeutiques référencés en Normalisations articulaires® (NA) :

- NA.52 « Syndrome douloureux du genou »
- NA.54 « Entorse fonctionnelle de la cheville »

Pour obtenir très rapidement un effet antalgique non médicamenteux, nous ajoutons deux modèles thérapeutiques référencés en Normalisations énergétiques® (NE) :


- NE.65 « Points barrières de la cheville »
- NA.66 « Points barrières du genou ».


Conditions pour participer à cette étude :


- Avoir un certificat d'ostéopathie « normalisations articulaires »
- Avoir un certificat de capacité délivré par le CRTA
- Avoir un certificat médical mentionnant le diagnostic d'entorse
- Etre en présence d'un tableau clinique correspondant aux modèles thérapeutiques NA.52 et NA.54 indiqués pour des TMS sans pathologie organique et sans lésions orthopédiques.
- Effectuer ce traitement (3 séances) dans un délai de maximum 15 jours post-entorse
- NB : Vous pouvez remettre des dossiers dont le traitement répond à deux options :
 - o NA.52 + NA.54
 - o NA.52 + NA.54 + NE.65 + NE.66


Protocoles de soins (au nombre de 3) & documents relatifs à l'étude (au nombre de 5)


	<i>RECUEIL DES DONNEES – Fiche signalétique n°1.</i>	<i>Document 1</i>
<i>PROTOCOLE - I</i>	<i>première intervention</i>	<i>Document 2</i>
<i>PROTOCOLE - II</i>	<i>deuxième intervention</i>	<i>Document 3</i>
<i>PROTOCOLE - III</i>	<i>troisième intervention</i>	<i>Document 4</i>
	<i>RECUEIL DES DONNEES – Fiche signalétique n°2.</i>	<i>Document 5</i>

<i>RECUEIL DES DONNEES – Fiche signalétique n°1.</i>	<i>Document 1</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Qualification et coordonnées du thérapeute • Code d'identification patient(e), date de naissance • Diagnostic du médecin • Compte-rendu du radiologue 	

<i>PROTOCOLE I : première intervention</i>	<i>Document 2</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques du traumatisme • Fiche douleur : E.V.A. 1 • Questionnaire 1 • Traitement 1 • Évaluation effectuée par patient(e) immédiatement après la première séance 	

<i>PROTOCOLE II : deuxième intervention</i>	<i>Document 3</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation effectuée par Patient(e) avant la deuxième séance • Fiche douleur : E.V.A. 2 • Éventualité d'un diagnostic d'exclusion • Questionnaire 2 • Traitement 2 • Évaluation effectuée par patient(e) immédiatement après la deuxième séance 	

<i>PROTOCOLE III : troisième intervention</i>	<i>Document 4</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation effectuée par Patient(e) avant la troisième séance • Fiche douleur : E.V.A. 3 • Évaluation effectuée par le thérapeute avant la troisième séance • Questionnaire 3 • Traitement 3 • Évaluation effectuée par patient(e) immédiatement après la troisième séance 	

<i>RECUEIL DES DONNEES – Fiche signalétique n°2.</i>	<i>Document 5</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Bilan fonctionnel à 1 mois post-traumatisme <i>Évaluation par le thérapeute</i> <i>Questionnaire patient(e)</i> • Code d'identification et signature patient(e) 	



Codeur d'entrée du dossier

0 0 3 F S O R O 5 1 0 0 1

Document 1

Centre de Recherche en Thérapies Alternatives C.R.T.A.

Directeur : R. Solère

crt@wanadoo.fr

RECUEIL DES DONNEES – Fiche signalétique n°1.

Qualification et coordonnées du thérapeute

Profession : OSTÉOPATHE

Nom : SOLERE

Prénom : Hélène

Adresse de la structure dans laquelle le traitement va être effectué :
12 rue Broquedis 64200 BIARRITZ

Précisez le type de la structure :

Cabinet de Kinésithérapie

Cabinet d'Ostéopathie

Cabinet de Kinésithérapie et d'Ostéopathie

Structure privée comme par exemple Clinique, Centre de rééducation, Thalassothérapie...

Autres : _____

Code d'identification patient(e), date de naissance

Indiquez seulement les deux premières lettres du nom et du prénom

Nom : SO

Prénom : RO

Date de naissance :

19

06

1951

Diagnostic du médecin

Entorse

Dr.M.B, Médecin, Biarritz, le 13-12-2006

Compte-rendu du radiologue

Absence de lésion osseuse traumatique radiologiquement visible à ce jour.

Dr.P.M, Radiologue, Biarritz, le 13-12-2006



Centre de Recherche en Thérapies Alternatives C.R.T.A.

Directeur : R. Solère

crt@wanadoo.fr

PROTOCOLE I : première intervention

Caractéristiques du traumatisme			
Circonstance	lors d'une chute	lors de la marche	lors de la course
	X		
Activité	loisir	travail	sport
	X		
Manifestation clinique		Ecchymose	Œdème
Malléole interne			
Malléole externe			X
Bi-malléolaire		X	
Totalité du pied			
DATE du traumatisme	13	12	2006

Suivre les recommandations médicales du traitement immédiat de l'entorse : glace, bandage compressif, repos, antalgique si nécessaire et ce, durant les 3 premiers jours.

Fiche douleur : E.V.A. 1	
Mesure de l'intensité de la douleur	
<i>Noter la graduation obtenue sur la règle EVA. L'intensité est mesurée en millimètres (arrondi au millimètre le plus proche).</i>	67
<p>La présentation de l'échelle au patient doit être faite de manière relativement standardisée, avec suffisamment d'explications et après s'être assuré de la bonne compréhension du patient.</p>	

Questionnaire 1		<i>Ce questionnaire s'adresse au patient.</i>										
☞ Entourez le chiffre qui décrit le mieux vos incapacités dans chacune des circonstances évoquées dans ce questionnaire :												
A) marche sur un terrain plat												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
B) descente des escaliers												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
C) montée des escaliers												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
D) en se relevant de la position assise												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
E) en restant debout												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
F) en entrant ou en sortant de la voiture												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
G) en accélérant le pas												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
H) en appui unipodal (côté entorse)												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
I) en effectuant une flexion-extension des genoux à partir de la position debout												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
J) en effectuant une flexion-extension du genou lors d'un appui unipodal (côté entorse)												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
K) en sautillant sur place												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
L) en courant												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i> <i>Difficulté extrême</i>	
☞ Précisez votre périmètre de marche sans fatigue												
			aucun	5 mètres	10 mètres	100 mètres	1 km	habituel				

Traitement 1		<i>(entre 1 et 3 jours post traumatisme)</i>	
Date de la séance :		15	12
		2006	
	Flexion plantaire	Flexion dorsale	Circumduction
Limitée			
Impossible	X	X	X
Non limitée	<i>(atteint les 20°)</i>	<i>(atteint les 50°)</i>	
Cocher les manipulations utilisées : (Ref : modèle thérapeutique NA.52)			
	DAO-115. Torsion du Sacrum <i>(dite Gauche/Gauche)</i>		
	DAO-116. Torsion du Sacrum <i>(dite Droite/Droite)</i>		
X	DAO-117. Torsion du Sacrum <i>(dite Gauche/Droite)</i>		
	DAO-118. Torsion du Sacrum <i>(dite Droite/Gauche)</i>		
X	DAO-126. Dysfonction / Fémoro-tibiale : Manipulation rotule, tendons, ligaments		
X	DAO-131. Dysfonction / Fémoro-tibiale : Manipulation genou <i>en position de flexion</i>		
X	DAO-134. Dysfonction / Fémoro-tibiale : Manipulation des mouvements neutres		
X	DAO-135. Dysfonction / Péronéo-tibiale : Manipulation de la tête du péroné		
Cocher les points douloureux qui ont été massés :			
X	33VB	<i>Points barrières du genou (Ref : modèle thérapeutique NE.66) La douleur des points est déterminée par une sensibilité particulière à la pression</i>	
X	36VB		
X	7F		
X	11F		

Chaque modèle thérapeutique donne la possibilité de lire la réalité. Il est évident qu'en l'absence du patient il nous est impossible de vous indiquer précisément, lequel des paramètres de la dysfonction sera en cause. Le **tableau clinique du patient** donnera avec certitude l'orientation thérapeutique parmi toutes les manipulations et autres manœuvres réflexes, **envisageables**. Cette énumération (code DAO numéroté) vous permettra de cocher les actes effectués **par rapport au tableau clinique du jour de la consultation**.

La **normalisation articulaire adéquate** aura pour effet de permettre un retour à la norme de fonctionnement à l'articulation. **L'efficacité de cette normalisation** se remarquera tout de suite après l'intervention (test de mobilité). Par contre, il n'est pas obligatoire que la douleur qui était induite par la dysfonction articulaire disparaisse immédiatement, et ceci n'est le cas que de temps en temps. Aussi, dès la fin de la première séance de Normalisations articulaires®, nous vous conseillons d'agir de façon punctiforme sur des points à action réflexe. Ces points décrits en MTC comme «points barrières» procurent un soulagement quasi immédiat (évaluation du patient). Nous citons leur indication. L'appareil AMPi.sm® réalise parfaitement ce massage contre la douleur.

Evaluation effectuée par Patient(e) immédiatement après la séance				
Effet	aucun	positif 1 (+)	positif 2 (++)	positif 3 (+++)
Au niveau mobilité				
Au niveau douleur				



Centre de Recherche en Thérapies Alternatives C.R.T.A.

Directeur : R. Solère

crt@wanadoo.fr

PROTOCOLE II : deuxième intervention

Évaluation effectuée par patient(e) avant la deuxième séance

Quel soulagement le traitement vous a-t-il apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Aucune amélioration</i>					<i>Amélioration complète</i>					

Fiche douleur : E.V.A. 2

Mesure de l'intensité de la douleur

*Noter la graduation obtenue sur la règle EVA.
L'intensité est mesurée en millimètres (arrondi au millimètre le plus proche).*

36

La présentation de l'échelle au patient doit être faite de manière relativement standardisée, avec suffisamment d'explications et après s'être assuré de la bonne compréhension du patient.

Éventualité d'un diagnostic d'exclusion

Rappelons qu'en l'absence de fracture, il reste à éliminer l'éventualité d'une déchirure du ligament malléolaire si quatre à cinq jours après le traumatisme subsiste encore l'impotence et la douleur.

Dans ce cas, il y aurait un diagnostic d'exclusion.

S'il est démontré que la cheville est redevenue fonctionnelle dans le même délai, le traitement peut être poursuivi.

Diagnostic d'exclusion	
Le patient est dirigé vers son médecin	
Continuité du traitement	X

Questionnaire 2		<i>Ce questionnaire s'adresse au patient.</i>									
☞ Entourez le chiffre qui décrit le mieux votre incapacité dans chacune des circonstances évoquées dans ce questionnaire :											
A) marche sur un terrain plat											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
B) descente des escaliers											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
C) montée des escaliers											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
D) en se relevant de la position assise											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
E) en restant debout											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
F) en entrant ou en sortant de la voiture											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
G) en accélérant le pas											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
H) en appui unipodal (côté entorse)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
I) en effectuant une flexion-extension des genoux à partir de la position debout											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
J) en effectuant une flexion-extension du genou lors d'un appui unipodal (côté entorse)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
K) en sautillant sur place											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
L) en courant											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>					
☞ Précisez votre périmètre de marche sans fatigue											
aucun	5 mètres	10 mètres	100 mètres	1 km	habituel						

Traitement 2*(entre 4 et 7 jours post traumatisme)*

Date de la séance :

18 | 12 | 2006

	Flexion plantaire	Flexion dorsale	Circumduction
Limitée	X	X	X
Impossible			
Non limitée	<i>(atteint les 20°)</i>	<i>(atteint les 20°)</i>	

Cocher les manipulations utilisées : *(Ref : modèle thérapeutique NA.54)*

X	DAO-130. Dysfonction / Tibio-tarsienne : Manipulation des ligaments
X	DAO-132. Dysfonction / Tibio-tarsienne : Manipulation dans l'axe de la jambe
X	DAO-133. Dysfonction / Tibio-tarsienne : Manipulation autour de l'axe des malléoles
X	DAO-135. Dysfonction / Péronéo-tibiale : Manipulation de la tête du péroné
X	DAO-136. Dysfonction / articulations du pied : Manipulation sous-astragaliennne
X	DAO-137. Dysfonction / articulations du pied : Manipulation de l'articulation de Chopart
X	DAO-138. Dysfonction / articulations du pied : Manipulation scapho-cuboïdienne
X	DAO-139. Dysfonction / articulations du pied : Manipulation de l'articulation de Lisfranc
X	DAO-142. Bandage post entorse de la cheville

Masser les points réflexes douloureux à la pression :

<i>genou</i>		<i>Points barrières du genou (Ref : modèle thérapeutique NE.66) Points barrières de la cheville (Ref : modèle thérapeutique NE.65) La douleur des points est déterminée par une sensibilité particulière à la pression</i>	<i>cheville</i>	
X	33VB		X	39E
X	36VB		X	63V
X	7F		X	5R
X	11F		X	8RP

Evaluation effectuée par Patient(e) immédiatement après la séance

Effet	aucun	positif 1 (+)	positif 2 (++)	positif 3 (+++)
Au niveau mobilité				
Au niveau douleur				



Centre de Recherche en Thérapies Alternatives C.R.T.A.
 Directeur : R. Solère
 crta@wanadoo.fr

PROTOCOLE III : troisième intervention

Évaluation effectuée par patient(e) avant la troisième séance

Quel soulagement le traitement vous a-t-il apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<i>Aucune amélioration</i>							<i>Amélioration complète</i>			

Fiche douleur : E.V.A. 3

Mesure de l'intensité de la douleur

*Noter la graduation obtenue sur la règle EVA.
 L'intensité est mesurée en millimètres (arrondi au millimètre le plus proche).*

22

La présentation de l'échelle au patient doit être faite de manière relativement standardisée, avec suffisamment d'explications et après s'être assuré de la bonne compréhension du patient.

Évaluation effectuée par le thérapeute avant la troisième séance

Manifestation clinique	Ecchymose	Œdème
Malléole interne		
Malléole externe		B
Bi-malléolaire	B	
Totalité du pied		

Utiliser les lettres A, B, ou C : en stagnation = **A** , en régression = **B** , disparition totale = **C**

Questionnaire 3		<i>Ce questionnaire s'adresse au patient.</i>										
☞ Entourez le chiffre qui décrit le mieux votre incapacité dans chacune des circonstances évoquées dans ce questionnaire :												
A) marche sur un terrain plat												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
B) descente des escaliers												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
C) montée des escaliers												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
D) en se relevant de la position assise												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
E) en restant debout												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
F) en entrant ou en sortant de la voiture												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
G) en accélérant le pas												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
H) en appui unipodal (côté entorse)												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
I) en effectuant une flexion-extension des genoux à partir de la position debout												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
J) en effectuant une flexion-extension du genou lors d'un appui unipodal (côté entorse)												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
K) en sautillant sur place												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
L) en courant												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Aucune difficulté</i>	<i>Difficulté extrême</i>
☞ Précisez votre périmètre de marche sans fatigue												
aucun	5 mètres	10 mètres	100 mètres	1 km	habituel							

Traitement 3*(entre 10 et 15 jours post traumatisme)*

Date de la séance :

23

12

2006

	Flexion plantaire	Flexion dorsale	Circumduction
Limitée	X		X
Impossible			
Non limitée	<i>(atteint les 20°)</i>	<i>(atteint les 50°)</i> X	

Cocher les manipulations utilisées :**Ref : modèle thérapeutique NA.54**

X	DAO-130. Dysfonction / Tibio-tarsienne : Manipulation des ligaments
X	DAO-132. Dysfonction / Tibio-tarsienne : Manipulation dans l'axe de la jambe
X	DAO-133. Dysfonction / Tibio-tarsienne : Manipulation autour de l'axe des malléoles
X	DAO-135. Dysfonction / Péronéo-tibiale : Manipulation de la tête du péroné
X	DAO-136. Dysfonction / articulations du pied : Manipulation sous-astragalienn
X	DAO-137. Dysfonction / articulations du pied : Manipulation de l'articulation de Chopart
X	DAO-138. Dysfonction / articulations du pied : Manipulation scapho-cuboïdienne
X	DAO-139. Dysfonction / articulations du pied : Manipulation de l'articulation de Lisfranc
	DAO-142. Bandage post entorse de la cheville

Ref : modèle thérapeutique NA.52

	DAO-115. Torsion du Sacrum <i>(dite Gauche/Gauche)</i>
	DAO-116. Torsion du Sacrum <i>(dite Droite/Droite)</i>
	DAO-117. Torsion du Sacrum <i>(dite Gauche/Droite)</i>
	DAO-118. Torsion du Sacrum <i>(dite Droite/Gauche)</i>
X	DAO-126. Dysfonction / Fémoro-tibiale : Manipulation rotule, tendons, ligaments
X	DAO-131. Dysfonction / Fémoro-tibiale : Manipulation genou <i>en position de flexion</i>
X	DAO-134. Dysfonction / Fémoro-tibiale : Manipulation des mouvements neutres
	DAO-135. Dysfonction / Péronéo-tibiale : Manipulation de la tête du péroné

Masser les points réflexes douloureux à la pression :

genou		<i>Points barrières du genou (Ref : modèle thérapeutique NE.66)</i> <i>Points barrières de la cheville (Ref : modèle thérapeutique NE.65)</i> <i>La douleur des points est déterminée par une sensibilité particulière à la pression</i>	cheville	
	33VB			39E
X	36VB		X	63V
X	7F		X	5R
	11F		X	8RP

Evaluation effectuée par Patient(e) immédiatement après la séance

Effet	aucun	positif 1 (+)	positif 2 (++)	positif 3 (+++)
Au niveau mobilité				
Au niveau douleur				



Centre de Recherche en Thérapies Alternatives C.R.T.A.
 Directeur : R. Solère
 crta@wanadoo.fr

Document 5

RECUEIL DES DONNEES – Fiche signalétique n°2.

Bilan fonctionnel à 1 mois post-traumatisme										
Date du traumatisme			Date de fin de traitement			Date du contrôle				
13	12	2006	23	12	2006	10	01	2007		
<i>Évaluation par le thérapeute :</i>										
		Flexion plantaire			Flexion dorsale			Circumduction		
Limitée										
Impossible										
Non limitée		(atteint les 20°)	X	(atteint les 50°)		X			X	
<i>Questionnaire patient(e) :</i>				<i>insatisfaisant</i>			<i>satisfaisant</i>			<i>très satisfaisant</i>
☞ Périmètre de marche sans fatigue										
☞ Absence de douleurs										
☞ Retour à la fonctionnalité										
☞ Entourez le chiffre qui décrit le mieux vos te incapacité dans chacune des circonstances évoquées dans ce questionnaire :										
A) marche sur un terrain plat										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>				
B) marche sur un terrain accidenté										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>				
C) descente ou montée des escaliers										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>				
D) durant votre activité professionnelle										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>				
E) durant votre activité sportive ou de loisir										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Aucune difficulté</i>						<i>Difficulté extrême</i>				
☞ Précisez votre périmètre de marche sans fatigue				aucun	5 mètres	10 mètres	100 mètres	1 km	habituel	

Code d'identification et signature patient(e) SORO

PERTINENCE

Il serait temps que des programmes d'évaluation se mettent en place pour que la communauté médicale puisse tirer bénéfice de nos observations et de nos résultats, et ce, dans le plus grand intérêt des patients. Notre savoir-faire et les heureux effets qui en résultent sont les preuves qu'il existe des composantes objectivables et réversibles dans la plupart des syndromes liés à des troubles fonctionnels lorsque la Méthode de RÉÉQUILIBRATION FONCTIONNELLE® est correctement appliquée.



EXEMPLE

Le mercredi 13 décembre 2006 à 16h.30, j'étais dans l'incapacité de déambuler et le volumineux œdème en « œuf de pigeon » sur la malléole externe de ma cheville gauche avait nécessité une consultation au service des urgences.

Au vu du craquement ressenti dans la cheville lors d'une chute, je voulais éliminer l'éventualité d'une fracture et me faire préciser quel genre d'entorse pouvait occasionner ce blocage et cette intense douleur.

Après avoir regardé les radiographies le médecin m'interpella en me disant :

« Vous avez une belle entorse de la cheville, je vous prescris des anti-inflammatoires, une attelle, une paire de béquilles, évitez l'appui au sol pendant 15 jours puis vous commencerez l'année par 15 séances de rééducation, pas de chance... Vous pouvez prendre vos radios et mes différentes prescriptions au secrétariat... ».

S'il vous plaît, docteur, pourquoi ne pas me parler de l'indication de l'ostéopathie ?

« J'applique les recommandations médicales. Les voici, dans l'entorse, comme vous pouvez le voir sur ce document, on ne parle pas d'ostéopathie. »

Je vous remercie docteur et vous assure que votre avis médical sur ce diagnostic était indispensable. Pour le reste, n'ayez crainte, je vous décharge de vos responsabilités, je vais me faire conduire chez un ostéopathe.

Après seulement deux séances d'ostéopathie, je marchais normalement, je pouvais monter les escaliers sans aucun problème et je supportais la légère douleur sans avoir à recourir à un antalgique. Suite à la troisième séance, ma cheville avait retrouvé son aspect fonctionnel. Cet exemple montre le bénéfice direct procuré au patient par un traitement qui n'est pas encore pris en considération dans les recommandations médicales.

La médecine basée sur l'évidence est une médecine qui tient compte de tout ce que la littérature apporte dans un cas comparable afin d'inclure des faits qui pourraient permettre au médecin de mieux assurer la prise en charge de son patient. Le terme de Evidence Based Medicine (E.B.M.) est apparu dans la littérature médicale en 1992 et provient d'un concept développé dans les années 80 à l'école de médecine de l'Université McMaster, Hamilton, Ontario. Ce concept est devenu en Europe, celui de la médecine moderne, et pour tenir compte de l'économie des dépenses de santé, il prend en considération les coûts, les risques et les désagréments liés aux traitements en les comparant lorsque c'est possible, à des interventions moins préjudiciables.

Cette approche médicale moderne sur la qualité des soins devrait donc répondre aux droits des malades qui ont besoin d'être bien informés sur les éventualités de leur propre choix. Intégrer aux principes EBM tout ce qui relève des médecines alternatives, notamment de l'Ostéopathie, ne paraît pas dépourvu de bon sens. En 1997, le Parlement Européen a demandé la légalisation de certaines médecines dites « parallèles » et a adopté le rapport Lannoye sur les « médecines alternatives » dont l'Ostéopathie. En France, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité des soins, reconnaît dans son article 75 « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur » à des praticiens non médecins.

La qualité des soins, que l'on se doit d'accorder au patient comme étant son droit, nécessite d'inclure dans les acquis de la médecine de nouveaux modèles théoriques et thérapeutiques. (SOLERE R., SOYER-GOBILLARD M-O. *Vers de nouveaux modèles théoriques et thérapeutiques non médicamenteux par l'élargissement du champ des connaissances des sciences motrices, de la réhabilitation et de la santé. Revue Internationale de Recherche en Kinésithérapie, ReK 2004;2:31,37.*)

CETTE ÉTUDE A POUR BUT DE CONTRIBUER À CET APPOINT DE CONNAISSANCES