

A P O S T I L L

LE JOURNAL DE L'ACADÉMIE D'OSTÉOPATHIE

Contexte historique et
courants de pensée
ayant pu influencer l'œuvre
d'Andrew Taylor Still

Risques liés aux manipulations
du rachis cervical
Revue de littérature

Ostéopathie et maladie de Parkinson
Essai clinique

Élaboration et mise au point
d'un stadiomètre
Étude de reproductibilité

Ostéopathie et maladie de Parkinson

Essai clinique

Sylvie Blanchard¹, Robert Meslé², Alexandre Danet³

1 Ostéopathe, Neuilly sur Seine (France).

2 Ostéopathe, Paris. Responsable de la recherche à l'École Supérieure d'Ostéopathie de Paris Marne la Vallée, 77120 Champs s/Marne (France).

3 Ostéopathe, Ris-Orangis. Chargé de cours à l'École Supérieure d'Ostéopathie de Paris Marne la Vallée, 77120 Champs s/Marne (France).

INTRODUCTION

La maladie de Parkinson est la deuxième cause de handicap moteur chez les sujets âgés dans le monde [1]. On estime qu'actuellement en France 100 000 personnes [2] en sont affectées. Le vieillissement de la population française augmentant rapidement, le nombre de patients présentant la maladie de Parkinson est en voie d'augmentation. D'après une récente étude française [3], la maladie de Parkinson coûte environ 2 358 Euros par patient sur une période de six mois. Cette maladie a donc des répercussions sociales et économiques importantes.

Les symptômes primaires rencontrés dans la maladie de Parkinson sont principalement des troubles moteurs. Les symptômes moteurs les plus fréquents sont des troubles de la marche dans 76 % des cas [4], des troubles de l'équilibre dans 73 % des cas [5]. D'autres symptômes, tels que le tremblement et la rigidité, sont habituellement inégalement répartis et entraînent de nombreux retentissements musculo-squelettiques dans tout le corps. Des troubles non moteurs peuvent aussi se manifester tels que des troubles urinaires, respiratoires mais aussi du transit, ainsi que des douleurs. Dans 10 à 20 % des cas [6] les douleurs annoncent la maladie. D'ailleurs, les douleurs musculo-squelettiques et articulaires sont présentes dans 60 à 70 % des cas [6]. Les troubles non moteurs sont donc générateurs d'une importante gêne entraînant une détérioration de leur qualité de vie. Sans traitement, la maladie progresse sur 10 à 15 ans vers une incapacité totale [7].

Bien qu'il n'y ait aucun traitement curatif pour la maladie de Parkinson, les patients présentant cette maladie peuvent obtenir un traitement médicamenteux palliatif ainsi qu'une rééducation. De nos jours, de plus en plus de patients ont recours à une approche alternative en parallèle au traitement classique dans le but d'améliorer leur qualité de vie [8]. Les principales sont la médecine orientale, la médecine homéopathe, le yoga, la phytothérapie et les médecines manuelles comme l'ostéopathie.

L'approche ostéopathe occupe une place de plus en plus importante dans la prise en charge de la maladie de Parkinson. Depuis quelques années, un certain nombre de travaux de recherche ont été réalisés sur l'impact du traitement ostéopathe dans la maladie de Parkinson. La plupart de ces travaux ayant une base scientifique solide ont été réalisés à l'université de médecine de New York.

Six études [9-14] se sont intéressés à évaluer l'effet du traitement ostéopathe sur la fonction motrice des parkinsoniens : elles ont démontré de façon significative qu'un traitement ostéopathe améliore leur paramètres de démarche. Une étude américaine récente a comparé et répertorié les dysfonctions crâniennes présentes chez les parkinsoniens [15].

Abstract

Osteopathy and Parkinson Disease. Clinical trial

The latest research has demonstrated that an osteopathic therapy definitely improves the motor function in patients with Parkinson Disease. Our study was intended to evaluate the impact of an osteopathic therapy on the quality of life of Parkinson patients.

Forty Idiopathic Parkinson Disease patients (Stage I to IV on the Hoehn and Yahr scale) between the ages of 45 and 85 years have participated in this study. Twenty randomized patients received an osteopathic therapy corresponding to their needs. The other 20 patients were included in the control group without therapy. The quality of life parameters were monitored by using a self survey before the onset of the therapy and 6 months after the beginning of the experiment. We have observed a significant increase of the quality of life (SF scale 36, $p < 0,00001$) and of mobility (PDQ scale 39, $p = 0,03$; SF scale 36, $p = 0,00003$) after therapy, and a decrease in the average pain felt during the last eight days ($p = 0,039$). The control group showed no tendency toward improvement. Conversely, when compared to the values taken before the therapy, almost all their results were worse. The results show a marked improvement in the quality of life of patients with Parkinson Disease after six months of osteopathic treatment.

Key words: Parkinson disease, Osteopathy, Quality of life, Motor function, Pain, PDQ 39, SF 36, Self evaluation of pain, Clinical trial.

Les deux principales dysfonctions rencontrées sont des compressions bilatérales occipito-atloïdienne et occipito-mastoïdienne. Selon cette étude, elles seraient toutes deux sensiblement réduites par un traitement crânien adapté.

Parmi ces publications, deux axes de recherche sont mis en avant. D'une part l'utilisation d'un traitement analytique se basant sur un protocole de traitement prédéfini [9-13]. D'autre part, une approche plus pragmatique qui vise à améliorer les signes cliniques au moyen d'un traitement adapté aux besoins de chaque patient [14,15]. Quasiment tous les travaux de recherche référencés utilisent une approche analytique [9-15]. Les résultats concluants de ces études accentuent encore plus le besoin de recherches pragmatiques afin d'analyser l'intérêt d'un traitement ostéopathique de pratique courante en cabinet sur les parkinsoniens.

Les dernières études [10-12,14] ont démontré qu'un traitement ostéopathique dans des conditions expérimentales prédéfinies améliore notablement la fonction motrice chez les patients présentant la maladie de Parkinson. Mais les effets bénéfiques du traitement ostéopathique sur l'état de santé général des patients parkinsoniens n'ont pas été étudiés. Pourtant « La dépression, l'incapacité, l'instabilité posturale, la douleur et l'affaiblissement cognitif ont une grande influence sur la qualité de la vie dans la maladie de Parkinson. L'amélioration de ces signes devrait donc devenir une cible importante dans le traitement de la maladie. » [16]

Il reste un certain nombre de questions sans réponse : Un traitement ostéopathique adapté aux besoins de chaque patient parkinsonien pourrait-il améliorer sensiblement leur qualité de vie ? Un traitement ostéopathique appliqué sur une longue période permettrait-il de réduire l'évolution des signes cliniques de la maladie ?

Le premier objectif de notre étude est d'évaluer l'effet du traitement ostéopathique sur la qualité de vie des patients atteints de la maladie de Parkinson. Nous inscrivons notre étude dans une approche pragmatique afin d'évaluer l'aide apportée aux patients, en se conformant aux principes de traitement ostéopathique. De plus, la réalisation d'un traitement pragmatique nous donnera une idée plus précise des résultats qu'il est possible d'obtenir dans des conditions de pratique courante. Dans cette hypothèse, le traitement ostéopathique pratiqué sur une période de six mois a pour objectif d'intervenir qualitativement et quantitativement sur la fonction et la qualité de vie physique et psychique des parkinsoniens.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Population

Quarante patients présentant la maladie de Parkinson et montrant une perturbation de leur qualité de vie ont été admis dans l'étude comme volontaires et bénévoles. Tous les patients de l'étude ont été recrutés par l'intermédiaire de la Fédération Française des Groupements de Parkinsoniens. Les patients étaient de sexe féminin ou masculin, d'âge compris entre 45 et 85 ans, et n'ont connu aucune autre maladie entraînant une perturbation de leur qualité de vie mise à part la maladie de Parkinson. Chez les patients étudiés, la maladie de Parkinson était classée au stade modéré voire évolué, c'est-à-dire au stade I à IV sur l'échelle d'Hoehn et Yahr. Les patients présentant un état de démence, des troubles sévères de l'humeur ainsi que des dépressions majeures ont été exclus. Vingt patients ont été inclus dans le groupe expérimental, les 20 patients du groupe témoin n'ont pas été traités.

Traitement ostéopathique

Le traitement a été réalisé sur les 20 patients du groupe traité. Il comprenait sept séances qui ont duré entre 50 et 60 minutes. Chaque séance a été espacée d'environ trois semaines à un mois de la précédente. Chaque patient a reçu un traitement adapté aux dysfonctions retrouvées. Le traitement comportait des techniques structurales, fasciales, d'énergie musculaire, céphaliques et abdominales.

Critères de jugement

Dans le but de diagnostiquer des modifications de la qualité de vie, un protocole d'évaluation a été mis en place. Dans le groupe traité, il a été réalisé avant la première consultation ostéopathique et trois semaines après la dernière consultation, c'est à dire six mois plus tard. Dans le groupe témoin, ce protocole a été réalisé au début de l'étude puis six mois plus tard en même temps que l'évaluation du groupe traité. Les échelles suivantes ont été utilisées :

- le *Short Form Health Survey* ou SF 36 [17,18] ;
- l'échelle PDQ-39 [19] ;
- autoévaluation de la douleur [20] : Cette évaluation comprend plusieurs items : l'EVA, l'échelle QDSA abrégée [21], l'échelle HAD [22], la sous échelle 23 du QCD [23] et l'échelle de soulagement de la douleur.

Analyse statistique

Les caractéristiques initiales ont été comparées par des tests de Chi-2 pour les variables qualitatives et des tests de Student pour les variables quantitatives. Nous avons comparé l'évolution de chaque critère de jugement par des tests de Student appariés. Les différences étaient significatives lorsque $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Description

Notre population comprenait 24 hommes et 16 femmes. Leurs caractéristiques sont précisées dans les tableaux I et II.

Tab I.— Moyennes et écart-type des scores avant traitement.

	Moyenne	Ecart-type
Mobilité	15,7	6,7
Vie Quotidienne	8,2	4,6
Bien être	9,9	5,4
Gêne Psychologique	6,1	3,8
Soutien social	2,8	2,7
Troubles cognitifs	6,6	3,0
Communication	4,6	2,5
Inconfort physique	5,9	3,0
PDQ 39	59,8	20,6
SF 36	40,8	10,9
Douleur actuelle	2,9	2,8
Dir 8 Jours	3,9	2,8
Maxi 8 jours	5,1	3,4
QDSA	16,9	14,8
HAD	16,7	8,0
QCD	20,6	16,5
Soulagement	0,3	0,4

Tab II.— Répartition selon le sexe et le stade de Hoehn et Yahr entre les groupes

	Traités	Témoins	Total	p Student
Sexe				
Hommes	9	15	24	0,053 NS
Femmes	11	5	16	
Hoehn et Yahr				
Stade 1	7	3	10	0,54 NS
Stade 2	7	9	16	
Stade 3	5	7	12	
Stade 4	1	1	2	

Vérification de la comparabilité initiale

Nous avons vérifié que les groupes étaient comparables avant traitement.

— pour les variables qualitatives, nous avons réalisé le test du Chi-2 de Pearson ;

— pour les variables quantitatives, nous avons utilisé le test de Student et le test multivarié de Hotelling.

Les groupes sont comparables si $p > 0,05$.

Variables qualitatives

Nous avons comparé, avant traitement, la répartition selon le sexe et selon le stade de Hoehn et Yahr entre les deux groupes (tableau II). Les différences ne sont pas significatives.

Tab.— III. Moyennes des scores des groupes avant traitement

	Traités	Témoins	p Student
Échelle PDQ 39			
Mobilité	15,60	15,70	0,97
Vie quotidienne	8,20	8,25	0,97
Bien être	11,10	8,75	0,17
Gêne psychologique	6,85	5,30	0,2
Soutien social	3,45	2,05	0,1
Troubles cognitifs	6,75	6,50	0,8
Communication	5,20	4,05	0,15
Inconfort physique	6,05	5,70	0,72
Score global	63,20	66,30	0,30
Échelle SF 36			
Score physique	41,70	40,45	0,71
Score psychique	37,60	37,11	0,84
Score global	46,23	44,17	0,63
Autoévaluation de la douleur			
EVA douleur immédiate	3,46	2,27	0,97
EVA douleur habituelle	4,71	3,02	0,05
EVA douleur la plus intense	6,38	3,88	0,016
Échelle QDSA abrégée	20,50	13,35	0,13
Échelle HAD	17,95	15,40	0,32
Échelle QCD	23,70	17,40	0,23
Soulagement douleur	0,11	0,55	0,0001

Variabes quantitatives

Nous avons comparé les scores des échelles relevées avant traitement dans les deux groupes (*tableau III*) : selon le test multivarié de Hotelling, les deux groupes sont initialement comparables ($p=0,08$)

Tests d'hypothèse

Les moyennes dans les deux groupes avant et après traitement (*tableaux IV*) montrent que la qualité de vie des patients traités a été améliorée pour l'ensemble des critères de jugement alors que celle des patients appartenant au groupe témoin s'est dégradée.

Les différences d'évolution de la mobilité (échelle PDQ 39), de l'avis des patients sur leur état de santé, des scores physique et global de l'échelle SF 36 et de l'EVA de la douleur habituelle durant les huit derniers jours sont statistiquement significatifs (*figures 1-3*).

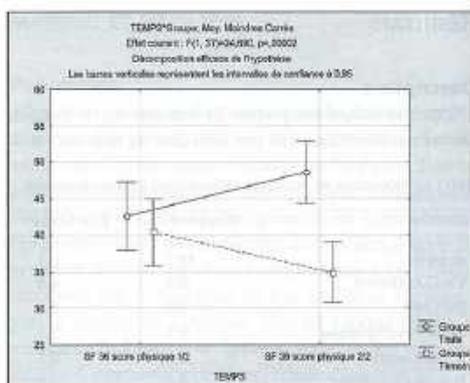


Fig 1.— Évolution du score physique de l'échelle SF 36

Tab.— IV. Moyennes des scores avant et après traitement

	Groupe traité			Groupe témoin			p Student
	Avant	Après	Différence	Avant	Après	Différence	
Echelle PDQ 39							
Mobilité	15,60	12,74	-2,86	15,70	18,95	3,25	0,03 S
Vie quotidienne	8,20	6,74	-1,46	8,25	8,90	0,65	0,18 NS
Bien être	11,10	9,10	-2,00	8,75	9,60	0,85	0,76 NS
Gêne psychologique	6,85	5,10	-1,75	5,30	5,80	0,50	0,54 NS
Soutien social	3,45	2,53	-0,92	2,05	1,95	-0,10	0,49 NS
Troubles cognitifs	6,75	6,05	-0,70	6,50	6,90	0,40	0,34 NS
Communication	5,20	4,42	-0,78	4,05	4,55	0,50	0,86 NS
Inconfort physique	6,05	4,84	-1,21	5,70	6,75	1,05	0,06 NS
Score global	63,20	51,00	-12,20	56,30	63,90	7,00	0,07 NS
Echelle SF 36							
Score physique	41,70	48,61	6,91	40,45	34,92	-5,53	0,00 S
Score psychique	37,60	39,78	2,18	37,11	36,74	-0,37	0,25 NS
Score global	46,23	59,20	12,97	44,17	36,42	-7,75	0,00 S
Echelle SF 36							
EVA douleur immédiate	3,46	1,84	-1,62	2,27	2,94	0,67	0,16 NS
EVA douleur habituelle	4,71	2,34	-2,37	3,02	4,05	1,03	0,04 S
EVA douleur la plus intense	6,38	4,47	-1,91	3,88	5,09	1,21	0,54 NS
QDSA	20,50	10,05	-10,45	13,35	18,25	4,90	0,05 NS
HAD	17,95	15,05	-2,90	15,40	17,00	1,60	0,32 NS
QCD	23,70	15,05	-8,65	17,40	24,10	6,70	0,08 NS
Soulagement douleur	0,11	0,60	0,49	0,55	0,45	-0,10	0,07 NS

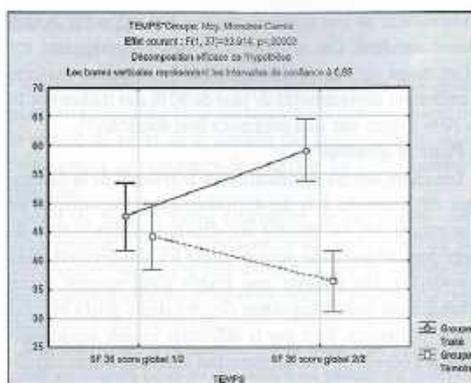


Fig 2.— Évolution du score global de l'échelle SF 36

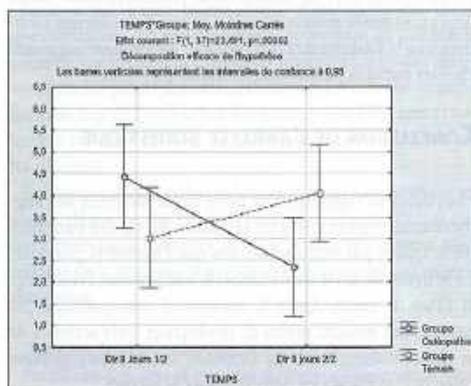


Fig 3.— Évolution de l'EVA de la douleur habituelle

DISCUSSION

Les résultats de notre étude vont dans le sens de notre hypothèse : le traitement ostéopathe favoriserait le soulagement de la douleur chez les patients traités et diminuerait son retentissement affectif, psychologique et comportemental.

Les principaux motifs de consultation

Afin de se conformer à la pratique ostéopathe en cabinet, le choix du traitement ostéopathe a été fonction du motif de consultation des patients. Dans notre étude nous avons principalement rencontré deux types de plaintes, les troubles moteurs et non moteurs.

Les principaux troubles moteurs gênants pour les patients étaient le tremblement, la rigidité musculaire, ainsi que les

troubles de la marche et de l'équilibre. En ce qui concerne les troubles non moteurs, les plaintes principales étaient les douleurs localisées au niveau des muscles et des articulations. Les signes musculaires étaient à 80 % à type de crampes et de raideurs. Au niveau articulaire, nous avons recensé principalement des scapalgies, cervicalgies, lombalgies et même des sciatalgies tronquées. D'autres troubles non moteurs ont été recensés tels que la fatigue, l'anxiété (40 % des cas) et des troubles d'origine viscéraux, notamment l'impériosité mictionnelle (20 % des cas) et la constipation. Huit de nos patients appartenant au groupe traité et 10 du groupe non traité, présentaient des constipations avant le début de l'étude. Ce fort pourcentage de sujets constipés (45 %) est en corrélation avec la littérature qui affirme que la constipation est extrêmement fréquente dans la maladie de Parkinson [24].

Choix des critères de jugement

Dans le but de diagnostiquer des modifications de la qualité de vie, nous avons inclus dans notre protocole le questionnaire PDQ 39 qui est une échelle de qualité de vie spécifique de la maladie de Parkinson. Son utilisation nous a permis d'évaluer globalement la qualité de vie des patients, et spécifiquement la mobilité et les activités de la vie quotidienne. En effet, cette échelle est particulièrement sensible au changement pour ces deux dimensions sur une période de six mois [25]. Nous avons complété ce questionnaire par l'échelle SF 36 qui n'est pas spécifique de la maladie de Parkinson mais qui se montre sensible au changement d'état induit par un traitement [26,27] et qui peut avantageusement compléter le questionnaire PDQ-39 [28]. La qualité de vie étant fonction de la douleur, nous avons décidé d'inclure dans notre étude une évaluation de la douleur. Cette évaluation nous a permis de mesurer la douleur ressentie ainsi que son soulagement mais aussi son retentissement affectif, psychologique et comportemental.

Ces questionnaires comportent certaines faiblesses. En effet, ils ne comportent aucun item sur les troubles viscéraux. Pourtant la constipation est considérée en médecine comme l'un des principaux troubles non moteurs. Il aurait donc été intéressant d'inclure dans le protocole une échelle spécifique de ces troubles. Malheureusement, après avoir recherché les échelles disponibles, nous n'avons trouvé aucun questionnaire explorant cette dimension pour les parkinsoniens.

Choix des techniques

Le traitement étant adapté aux besoins de chaque patient, le choix des techniques utilisées pour chaque patient a été fonction de ses motifs de consultation répertoriés lors de l'anamnèse. En conséquence de ces troubles, nous avons

principalement utilisé des techniques dites osteo-articulaires et des manipulations viscérales.

Nous avons utilisé des techniques structurales chez 75 % des patients, soit 15 personnes. Nous avons principalement employé des techniques de mobilisation, d'énergie musculaire, et de haute vélocité et basse amplitude (HVBA).

Nous avons également utilisé des manipulations abdominales viscérales pour traiter les troubles digestifs, respiratoires et urinaires. Afin de diminuer la constipation, nous avons employé des techniques sur le diaphragme, les viscères abdominaux, notamment le grêle.

Interprétation des résultats

Pour la qualité de vie

Après traitement, les résultats statistiques de notre étude montrent une amélioration de la qualité de vie des patients. Cette amélioration, non significative pour le score global du questionnaire PDQ 39 ($p=0,07$), a été statistiquement confirmée par le score global de l'échelle SF 36 ($p<0,00001$). Le score global du questionnaire SF 36 pour le groupe témoin a diminué (-7,75) ce qui signifie que leur qualité de vie s'est dégradée. L'amélioration de la qualité de vie pour le groupe traité a été confirmée par un changement significatif de l'avis des patients sur leur état de santé ($p=0,0060$).

Toutes les autres variables mesurées relatives à la qualité de vie ont évolué positivement mais non significativement en comparant les mesures entre les deux groupes, sans doute en raison d'un trop faible effectif de notre échantillon, ce qui a pu créer un manque de puissance statistique.

Pour la mobilité

L'évolution du paramètre de mobilité de l'échelle PDQ 39 est statistiquement différente entre les deux groupes, avec une amélioration pour le groupe traité (-2,86) et une détérioration pour le groupe témoin (+3,25) ($p=0,03$). Ces changements ont été statistiquement confirmés par le score physique de l'échelle SF 36 ($p=0,00003$).

Ces résultats, montrant une amélioration de la mobilité après un traitement ostéopathique, sont en conformité avec la littérature. Les études réalisées par D'Agate [9] et Well [11,12] ont montré une augmentation significative de la longueur et de la cadence du pas chez les patients traités par ostéopathie. En 2000, Pelzl [14] a conforté ces résultats en observant une augmentation de la vitesse de marche après un traitement ostéopathique chez plus de 10 % des patients. L'étude *Osteopathic considerations in Parkinson's disease* [13] a mis en évidence que tous les patients pris en charge par un traitement ostéopathique présentaient une amélioration mesurable d'un ou plusieurs paramètres de la démarche.

En conclusion, les résultats de notre synthèse de littérature soutiennent l'hypothèse que les patients parkinsoniens traités par ostéopathie bénéficient d'une amélioration sup-

plémentaire de leur fonction motrice par rapport au traitement standard. Ces résultats sont très encourageants car d'un point de vue épidémiologique les troubles moteurs limitent les déplacements de plus de 50 % des malades et 10 à 20 % d'entre eux sont confinés à leur domicile [3].

Pour la douleur

Des changements significatifs sur le ressenti de la douleur ont été constatés. À la fin du traitement ostéopathique, les patients traités ont montré une diminution significative de leur douleur moyenne perçue durant les huit derniers jours ($p=0,039$). Les patients non traités n'ont montré aucun changement positif important de ces valeurs prises avant et après traitement. Bien que la différence initiale des moyennes de l'échelle de soulagement soit statistiquement significative, nous avons tout de même comparé les valeurs entre le pré et le post traitement car les patients du groupe traité disposaient d'un effet de soulagement potentiellement moins important que le groupe témoin. Les résultats obtenus montrent que le soulagement de la douleur a fortement augmenté chez les patients parkinsoniens traités (+49 %).

CONCLUSION DE L'ANALYSE STATISTIQUE

Les données statistiques de notre étude montrent des augmentations significatives de la qualité de vie des parkinsoniens traités par ostéopathie, tels que l'inconfort physique, les activités de la vie quotidienne, la relation avec l'entourage et l'état de santé. Après le traitement ostéopathique, les patients ont ressenti moins de douleurs et leurs activités de la vie quotidienne ont été facilitées. Les résultats globaux peuvent être divisés en deux résultats primaires :

— des différences ont été trouvées chez les sujets parkinsoniens traités entre le début et la fin de l'expérimentation, avec une amélioration significative de leurs paramètres de qualité de vie, de ressenti de la douleur et de mobilité ;

— contrairement aux sujets traités qui ont progressé au cours des six mois, les sujets non traités ont montré une légère détérioration de quasiment tous les paramètres. Ce résultat est conforme à la littérature qui affirme que la maladie de Parkinson est une maladie dégénérative qui tend à une augmentation des signes en six mois [28]. Le traitement ostéopathique pourrait-il limiter l'évolution de la maladie de Parkinson ? Les résultats de notre étude nous permettent de le supposer, en étant réservés sur la durée de cet effet car nous n'avons eu que six mois de recul sur l'évolution de la maladie.

BIAIS DE L'ÉTUDE

Nous rappelons que cette expérimentation est une étude pilote en ostéopathie en ce qui concerne la prise en charge de la qualité de vie et de la douleur des parkinsoniens. Nous avons essayé au maximum de maîtriser les biais et erreurs possibles :

Avant de répartir notre échantillon de population dans deux groupes de taille identique, nous avons pris soin de sélectionner légèrement plus d'hommes que de femmes car les données épidémiologiques répertorient une discrète prépondérance masculine [29].

Afin d'attribuer les changements de qualité de vie à notre prise en charge, nous avons exclu tout patient comportant une autre maladie pouvant entraîner une perturbation de leur qualité de vie.

Nous avons utilisé comme outil d'évaluation des auto-questionnaires qui ont l'avantage de prendre en compte le point de vue du patient et non pas seulement celui de l'interlocuteur. De plus l'utilisation d'auto-questionnaire élimine les biais lors de l'évaluation des valeurs obtenues après traitement car il n'y a pas de possible influence du praticien sur les résultats.

Enfin nous avons exclu de l'étude toute personne ayant un état de démence, des troubles sévères de l'humeur ainsi que des dépressions majeures, afin de limiter le risque d'arrêt inopiné de la prise en charge des sujets au cours de l'expérimentation.

Toutefois il persiste des biais dans l'étude :

Parmi ces derniers et non des moindres, l'absence de randomisation au début de l'étude. En effet, pour des raisons administratives inhérentes au Groupement de Parkinsoniens, notre protocole n'a pas permis d'effectuer une randomisation. La répartition a été réalisée par un des membres dirigeant de la Fédération. Malheureusement ce procédé de répartition incluant une variable humaine est contestable même si la personne ne semble pas avoir eu la volonté d'influencer les résultats. Cette répartition ayant pu créer des groupes différents, nous avons vérifié la comparabilité initiale de l'ensemble des critères de jugement avant le début de notre étude. Quasiment tous les résultats statistiques montrent qu'il n'existait pas de différence entre les deux groupes avant le début du traitement. Nous pensons que ce biais de sélection n'explique pas l'évolution de notre groupe de patients traités par ostéopathie.

Pour des raisons éthiques, nous n'avons pas voulu réaliser de groupe dont les sujets auraient reçu un traitement simulé. En effet, ces personnes auraient dû se rendre à huit consultations d'environ 50 à 60 minutes, soit un total d'environ sept heures de traitement simulé par patient. Or, toutes les études

préliminaires de traitement ostéopathique dans la maladie de Parkinson ont démontré qu'il n'existait pas d'amélioration significative chez les sujets non traités, c'est-à-dire d'effet placebo [9,11,12,14]. Cependant, nous sommes conscients de ne pas exclure de l'étude cette part non significative d'effet placebo.

Nous avons réalisé une approche pragmatique afin d'avoir une idée précise des résultats qu'il est envisageable d'obtenir sur des patients dans la pratique courante en cabinet. Nous sommes conscients que cette approche nous a éloigné du concept scientifique de reproductibilité expérimentale mais elle nous a permis de rester conformes aux principes de traitement ostéopathique. En effet, l'encouragement et le contact physique font partie intégrante du traitement et nous ne pouvons exclure ces effets qui font partie intégrante du traitement ostéopathique. Nous admettons qu'il serait intéressant d'essayer de faire une distinction entre les effets des techniques ostéopathiques utilisées et l'aspect plus général d'une prise en charge globale de l'état de santé des parkinsoniens.

Enfin, le faible effectif de notre échantillon a pu créer un manque de puissance statistique. Ceci constitue donc un paramètre important à prendre en compte dans la réalisation d'une future étude.

Les auteurs remercient chaleureusement : Madame et Monsieur Bataille, délégués de la Fédération Française des Groupements de Parkinsoniens du département des Hauts de Seine.

Cet article est le compte-rendu d'une recherche réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'ostéopathe à l'École Supérieure d'Ostéopathie de Paris Marne la Vallée. 77120 Champs s/Marne (France).