

Lisa SAVERE D.O¹, Aymeric LE NOHAIC D.O.^{1,2},
Laure VAN BERGEN D.O¹, Mathieu GIRAUDO D.O¹, Géraud GOURJON PhD³

1. Pôle de Recherche Ostéopathique et Scientifique, IFO-GA, France - 2. Directeur de l'IFO-GA - 3. Responsable Pôle de Recherche

INTRODUCTION

Avec la collaboration des promos 1520, 1621 et 1722 de l'Institut de Formation en Ostéopathie du Grand Avignon IFO-GA

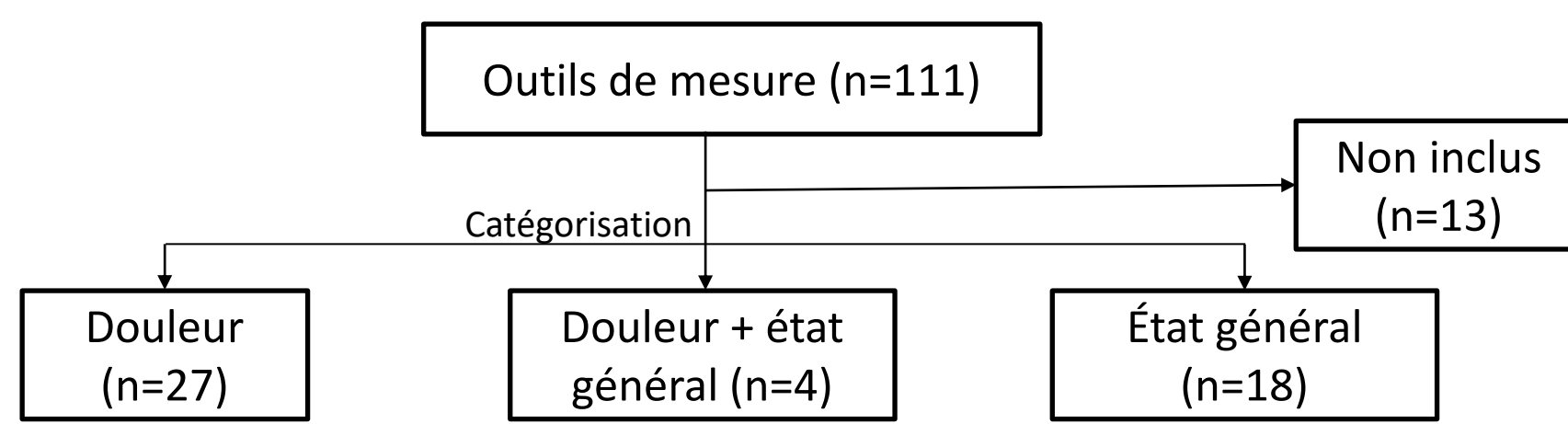
D'année en année, le recours aux médecines complémentaires se développe (1-5), les patients se tournant en particulier vers l'ostéopathie, avec 67% des Français qui déclarent avoir déjà consulté un ostéopathe (6). Concernant 50 à 95% des patients selon les études, la douleur est le premier motif de consultation en cabinet libéral comme en clinique ostéopathique, et ce quels que soient les pays (7-11). Dans ce contexte, caractériser correctement la douleur dans une optique de diagnostic apparaît primordial. Pourtant, une enquête réalisée par l'IFO-GA auprès de 150 ostéopathes D.O. en 2019 révèle que 47% d'entre eux la considèrent comme non pertinente pour poser le diagnostic, lui préférant des évaluateurs fonctionnels (par exemple, tests de grands mouvements). L'échelle visuelle analogique est utilisée par 27% d'entre eux, sans pour autant en tenir compte dans leur raisonnement diagnostique. Cela se retrouve aussi bien chez les ostéopathes expérimentés que chez les jeunes diplômés. Bien que les étudiants approchent la douleur en physiologie et en sémiologie (12), il semble que, passé le diagnostic d'opportunité, les ostéopathes s'en remettent essentiellement aux tests de mobilité. Pourtant, la douleur est un indicateur des dysfonctionnements ostéopathiques, caractérisant des zones hypermobiles, elles-mêmes indicatrices de restrictions de mobilité plus ou moins éloignées et qui doivent être corrigées. La question se pose alors de savoir si la formation des ostéopathes les encourage à négliger ce symptôme, et le cas échéant, si une formation à la caractérisation de la douleur à visée diagnostique pourrait améliorer la capacité diagnostique des futurs praticiens. Dans ce cadre, nous avons développé un questionnaire fonctionnel destinés aux étudiants ostéopathes, que nous avons ensuite testé auprès des promotions de 3^e et 4^e années.

OBJECTIFS

Caractériser	Comprendre	Suivre	Questionner	Guider
Lecture globale du corps	Aigüe ou chronique	Évolution de la douleur	Ne rien oublier	Structure le raisonnement
Permet au praticien de mieux cibler le motif de consultation, d'adapter ses tests ostéo et de gagner du temps sur le diagnostic.	Permet de différencier la douleur aiguë, état transitoire et de courte durée, de la douleur chronique, possédant une composante émotionnelle.	Permet d'établir l'évolution de la douleur et du schéma corporel du patient.	Questionne toutes les sphères pour faire des liens anatomiques/physiologiques, et permet d'acquérir un réflexe d'interrogatoire avec des qualitatifs de la douleur, utilisable en consultation.	Ordre prédéfini de remplissage pour introduire une routine permettant une caractérisation complète de la douleur lors de l'anamnèse.

MISE EN PLACE DU QUESTIONNAIRE

- Revue de la littérature des Outils de mesure de la douleur (échelles et questionnaires validés avec au moins un item sur douleur ou état général).



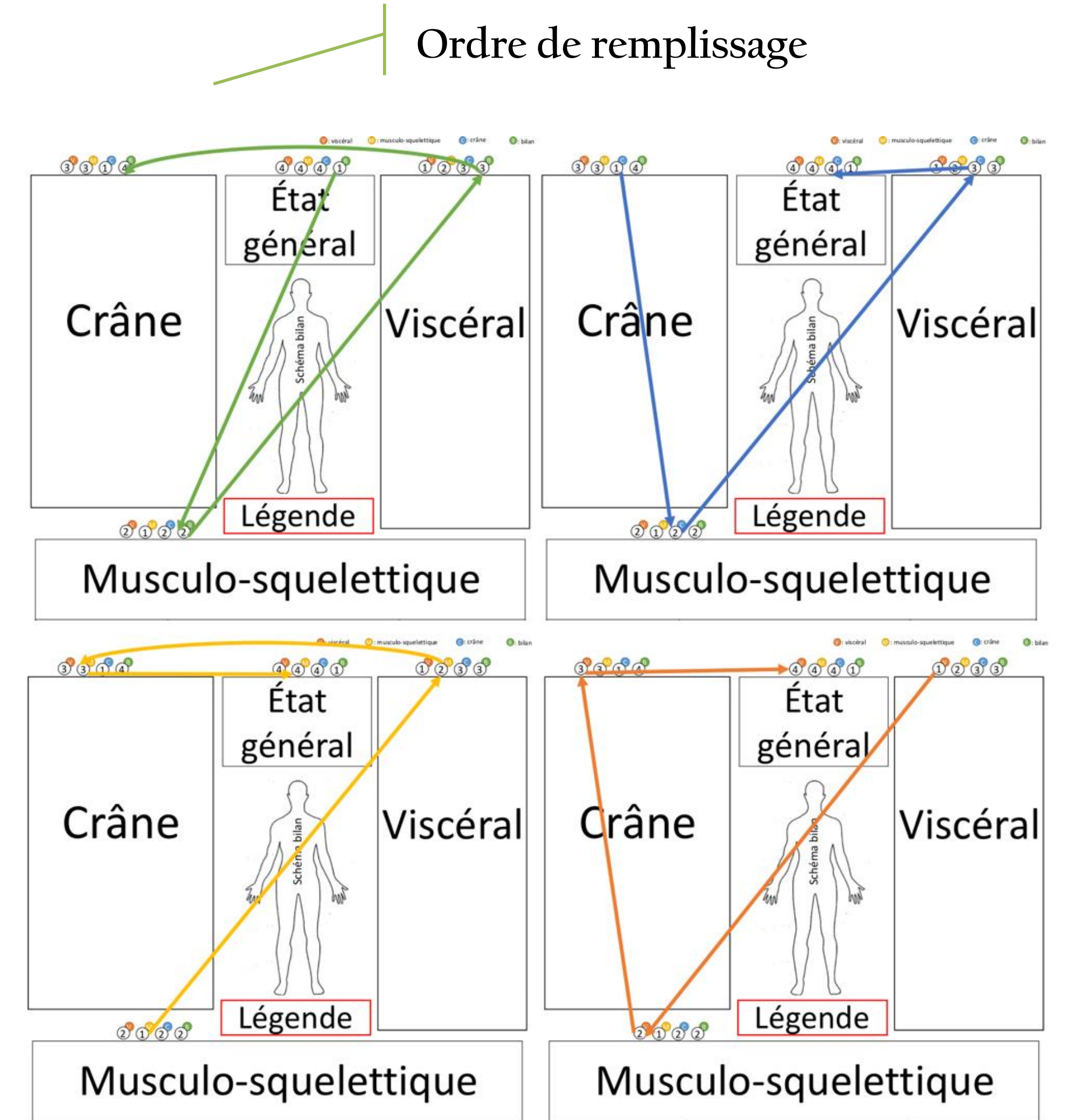
- Sélection des items: caractérisation de la douleur.
- Choix des questions: ouvertes → localisation, cause, durée, fréquence; de reconnaissance → oriente l'étudiant sur caractéristiques et signes associés à la douleur.
- Structure : 4 parties suivant l'organisation du corps, sphères, et liens anatomiques.
- Ordre de remplissage: guide l'étudiant dans la caractérisation.
- Formation: expliquer le fonctionnement du QUESCOD à partir de cas cliniques.
- Satisfaction: questionnaire d'évaluation de la pertinence.

Parties	Crâne	État général	Musculo-squelettique	Viscéral
Sous-parties	- Migraines et céphalées - Acouphènes - Vertiges - ATM	- État psychique - État physique - Sommeil - Signes généraux	- Membre Supérieur - Rachis/ Côtes/ Bassin - Membre inférieur	- Loge viscérale du cou - Thorax - Viscéral digestif et petit bassin

Exemple de cas clinique

Mr R, motif de consultation : **lombalgie au niveau L2-L3**

- Depuis 2 semaines
- Récidivant
- Apparition progressive | **Brutale**
- Présence intermittente | **Permanente**
- Déclenchée après reprise d'activité de maçonnerie
- Présente au mouvement
- maximale en fin de journée
- Douleur calmée en décubitus dorsal
- A type de pincement et blocage
- irradiations nerfs sciatique droit
- Perte de force + fonte musculaire
- Patient soulagé par l'ostéopathie
- Kinésithérapie
- EVA : 34mm | 48mm | 85mm
- Douleur aggravée par extension et rotation droite de tronc
- flexion de tronc



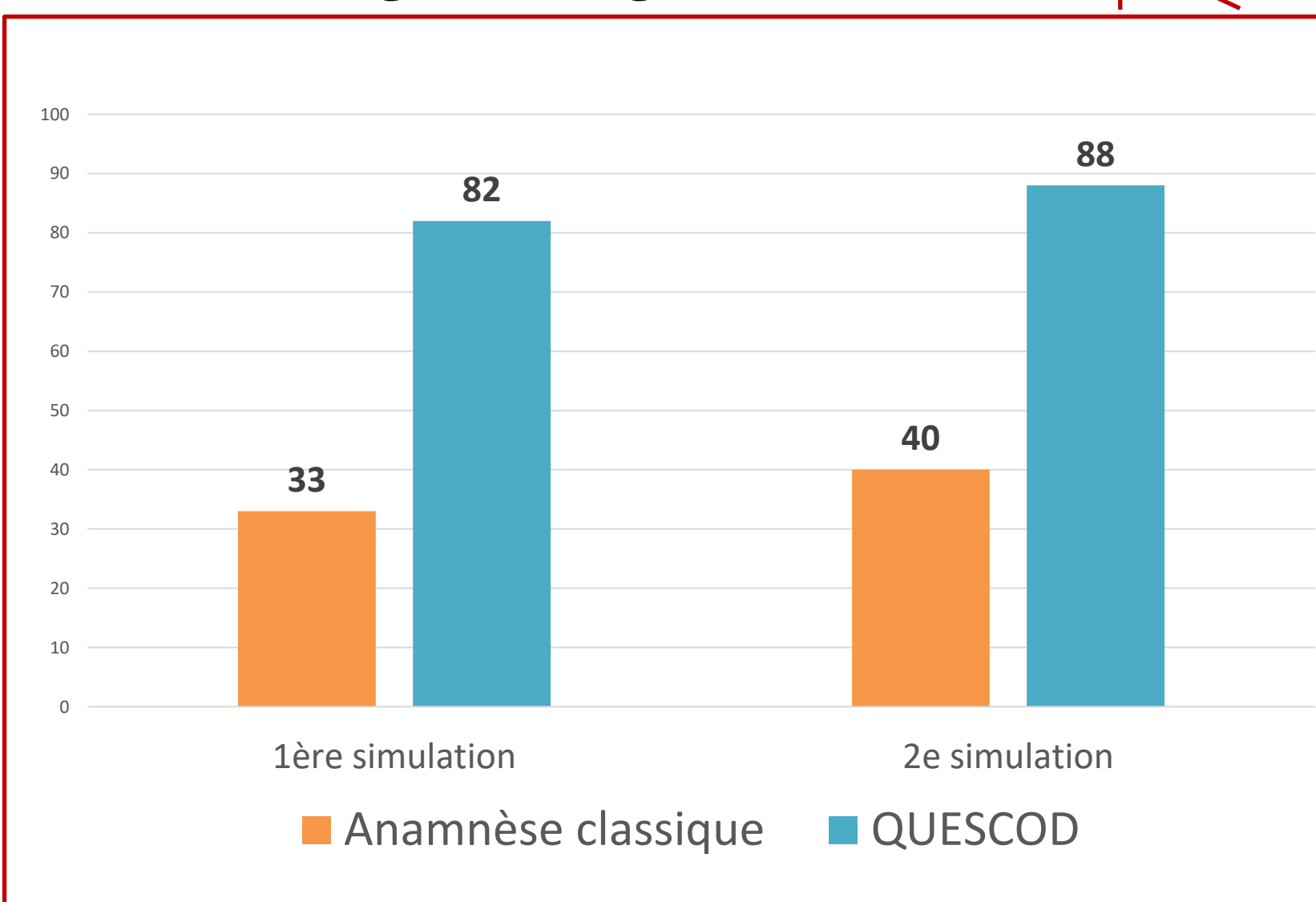
ÉVALUATION DE LA FORMATION

Test de la formation et du questionnaire sur les promotions de 3^e (n=39) et 4^e années (n=37). Randomisation par bloc entre les étudiants.

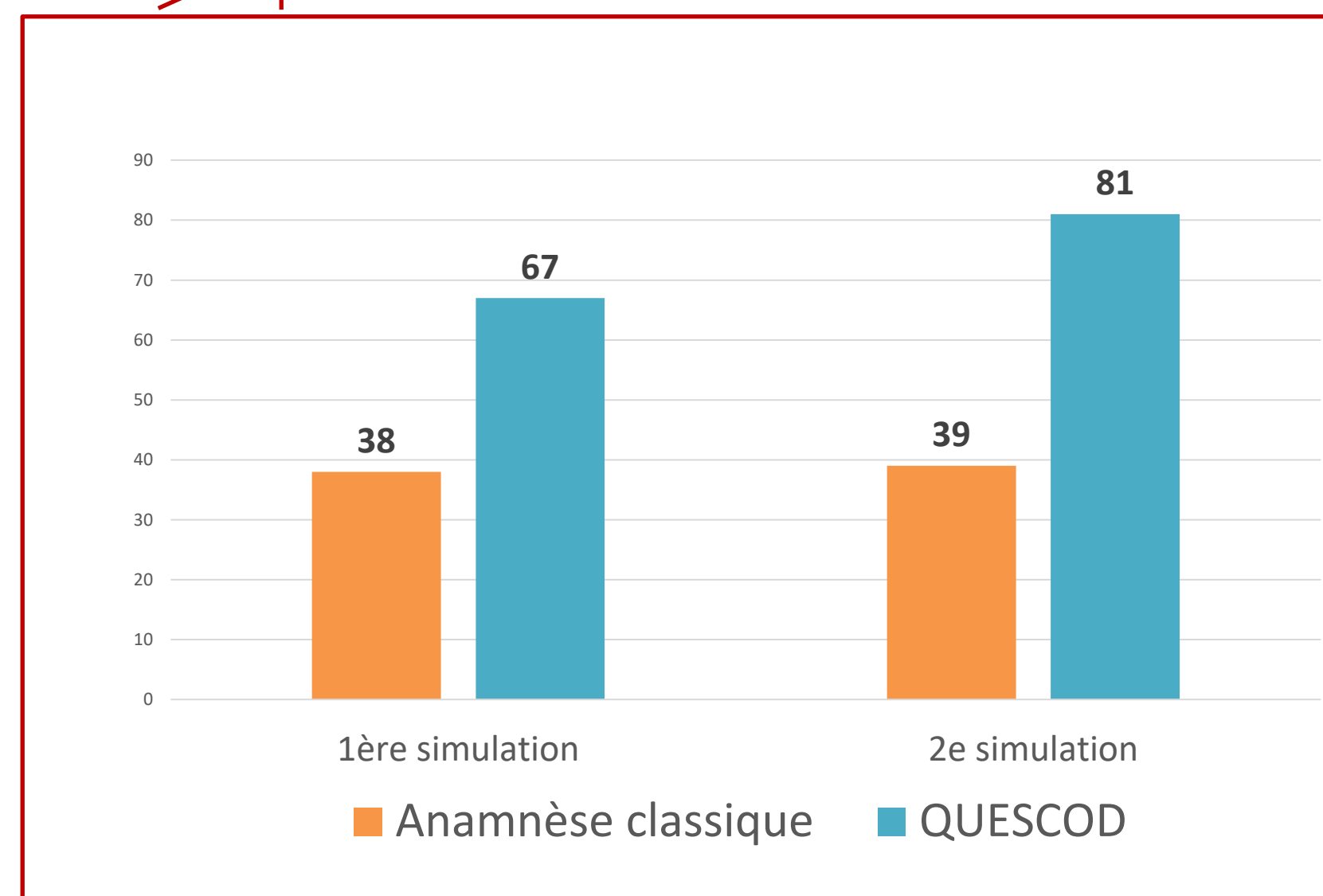
Création de 20 cas cliniques pour évaluer la qualité diagnostique.

- Test et retest, évaluation de la fiabilité intra-évaluateur: même étudiant sur le même cas clinique à 2 semaines d'intervalle.
- Test inter-évaluateur: même cas clinique sur deux étudiants différents.
- Sensibilité au changement: modification d'un ou plusieurs symptômes du cas clinique: modification ou non du diagnostic.
- Qualité du diagnostic: nombre d'erreurs de remplissage et pourcentage de diagnostics corrects posés.
- Comparaison avec une anamnèse classique (interrogatoire par sphère plus caractérisation de la douleur sans support).
- Satisfaction des étudiants quant à la formation et l'apport pédagogique.

Pourcentages de diagnostics corrects



Caractérisation correcte de la douleur



CONCLUSION

L'enquête et les simulations de cas cliniques auprès des étudiants ont révélé des lacunes notables quant à leur capacité à établir un diagnostic correct à partir des caractéristiques de la douleur. Le QUESCOD et la formation associée ont permis d'améliorer de manière significative la caractérisation de la douleur (Mann-Whitney, p<0,0001), avec un nombre d'erreurs faibles avec le support de formation établi, et la compétence diagnostique (p<0,0001). Notre formation s'avère donc une aide efficace à l'apprentissage de l'étudiant ostéopathe et souligne l'importance de la douleur comme critère discriminant lors du diagnostic.