

Chapitre 1

Investiguer le motif de consultation

« Chaque fois qu'un patient entre dans votre cabinet, trois problèmes se présentent en même temps : les croyances et les idées qu'a le patient sur sa difficulté, ce que le praticien considère comme étant le problème du patient, et finalement, ce que l'ensemble anatomophysiologique du corps du patient sait être le problème. »

Rollin E. Becker [23].

De l'anamnèse au raisonnement clinique

Rufus, médecin d'Éphèse, décrit en 110 après J.-C. les éléments qu'il est nécessaire d'obtenir de la part du patient : « (...) nourriture, habitudes, saison de l'année où la maladie a commencé, habitudes de sommeil, contenu des rêves, les médicaments et les régimes auxquels le patient a été soumis, une caractérisation complète de l'emplacement et de la nature des douleurs, les types d'aliments consommés et d'où vient l'eau consommée par le patient (...). Il importe tellement au médecin de connaître les causes, et il lui est si impossible de les connaître sans interroger, qu'il doit faire des questions même au sujet des symptômes » [360].

L'anamnèse est une étape capitale de collecte d'informations concernant le patient. Après les avoir synthétisées, le praticien va pouvoir envisager le type de traitement à mettre en place, ou bien décider une réorientation du patient vers un médecin, le cas échéant. Mais, au-delà, l'anamnèse constitue aussi le point de départ du raisonnement clinique, qui représente la phase d'analyse et de traitement des données rassemblées.

Le raisonnement clinique est, en ostéopathie, l'aptitude d'établir un diagnostic ostéopathique et

de prendre la décision d'un traitement adapté. Le contexte d'analyse du raisonnement clinique en ostéopathie est dépendant des deux êtres humains en relation dans le cadre de la consultation : le patient et le praticien.

Les composantes de ce processus de raisonnement sont pondérées différemment selon les acquis et l'expérience du praticien. Ces composantes englobent entre autres les facultés cognitives, l'expérience de vie et la maturité du praticien.

Il existe deux approches fondamentales du raisonnement clinique [247] :

- raisonnement non analytique : il s'agit d'une approche intuitive de la reconnaissance du tableau symptomatique ;
- raisonnement analytique par une approche hypothético-déductive : il consiste à recueillir des données, formuler des hypothèses, tester les résultats pour étayer ou réfuter ces hypothèses.

Ce livre vise à fournir une trame de base pour le recueil des éléments permettant d'étayer un raisonnement clinique ostéopathique dans un concept hypothético-déductif.

C'est grâce à la répétition d'actions de base et de séquences de raisonnement tout au long du cursus de formation en ostéopathie qu'il est possible d'acquérir les gestes fondamentaux pour une pratique optimale et rigoureuse [247]. Le processus décisionnel qui mène à l'établissement du traitement ostéopathique ne peut pas dépendre d'une simple « intuition », et des éléments essentiels à recueillir lors de l'échange avec le patient vont donc être décrits ci-après.

Pour A.J. Scheen, l'anamnèse constitue une « étape capitale à très grande rentabilité diagnostique » [305]. Dans le domaine médical, une

anamnèse optimale amènerait à un diagnostic final fiable à 75 %, contre un peu plus de 10 % si seuls un examen physique et des examens de laboratoire sont réalisés [256]. C'est en ce sens que sont fournis ici des conseils, une méthodologie et des moyens mnémotechniques concernant la phase essentielle de l'interrogatoire du patient.

Signes fonctionnels, physiques et généraux

Dans l'apprentissage de la sémiologie, les signes sont décrits pour orienter le praticien vers un syndrome et/ou une maladie. Dans l'apprentissage des pathologies, les maladies sont décrites selon les signes qu'elles présentent. Afin d'uniformiser le discours et nos propos au sein de cet ouvrage, il est nécessaire de distinguer signes fonctionnels (ou symptômes), signes physiques et signes généraux (figure 1.1) :

- signes fonctionnels (ou symptômes) : ils sont souvent considérés comme synonymes ; ressentis et décrits par le patient, ils possèdent de ce fait un caractère de subjectivité ;
- signes physiques : ils sont constatés objectivement par le médecin au cours de l'examen ;
- signes généraux : ils traduisent le retentissement de la maladie sur l'organisme.

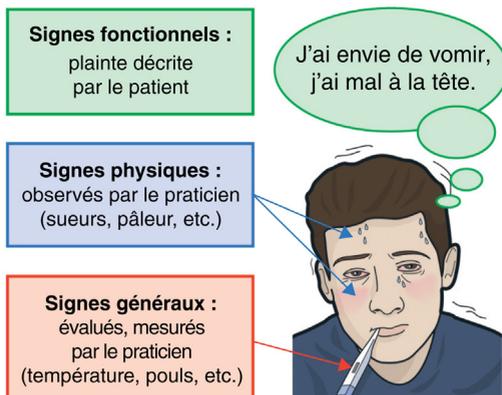


Figure 1.1. Les signes lors de l'examen clinique.

La maîtrise des différentes phases de l'anamnèse

Pour maîtriser l'anamnèse, le praticien doit passer en revue une check-list d'items pour rendre son examen clinique efficace et mettre en place une relation optimale avec le patient.

Dans un but pédagogique, l'anamnèse est divisée ici en deux séquences — l'interrogatoire général et l'interrogatoire systémique —, même si le praticien expérimenté jongle de l'une à l'autre en fonction des informations recueillies tout au long des échanges avec son patient. Qu'il soit général ou systémique, l'interrogatoire en ostéopathie vise à recueillir les éléments conduisant au diagnostic ostéopathique, à l'élaboration d'un diagnostic fonctionnel pour mettre en place un traitement adapté, voire à un éventuel diagnostic d'opportunité (voir l'avant-propos à ce sujet).

L'anamnèse marque la première étape de rencontre du patient avec son thérapeute. La qualité des échanges et la juste formulation des questions du praticien permettront la collecte d'informations pertinentes. Ce temps est nécessaire pour établir une relation de confiance entre patient et praticien, critère primordial pour envisager un recueil d'informations pertinentes. L'anamnèse se doit d'être empathique, attentionnée et professionnelle.

Il peut être intéressant de se donner une limite de temps dans la réalisation de l'anamnèse. Afin que celle-ci soit structurée, concise et efficace, le praticien se doit de poser les bonnes questions, d'adapter les mots et le discours au patient pris en charge et, pour cela, d'acquérir à la fois un savoir-faire et les qualités humaines de savoir-être. Le praticien doit être en mesure d'adapter son vocabulaire comme

1. De nombreux patients définissent, par exemple, la constipation comme le fait de ne pas aller à la selle quotidiennement, alors que la définition médicale est « une difficulté ou impossibilité d'évacuer les matières fécales ». Le discours du thérapeute doit donc être adapté à la culture et aux connaissances du patient sur le milieu de la santé et du soin afin de véhiculer des messages appropriés.

son discours au patient à qui il s'adresse, car certaines croyances sur des concepts sont erronées ou perçues incorrectement par les patients¹. Il peut ainsi permettre au patient d'acquérir des compétences de santé et d'auto-soin [270] pour l'optimisation de sa gestion de vie, pour améliorer sa qualité de vie, que cela soit dans le contexte d'une pathologie ou d'un simple accompagnement de la santé par le soin. La notion d'éducation thérapeutique sera abordée plus en détail dans le chapitre 3.

Interrogatoire général

La figure 1.2 propose une synthèse de l'interrogatoire général selon trois domaines principaux :

- investigation de la douleur lorsqu'elle est présente et justifiée dans un motif de consultation ;
- rechercher des antécédents du patient, personnels et familiaux ;
- recueil des informations relatives aux habitudes et *habitus* (terme explicité plus loin) du patient.

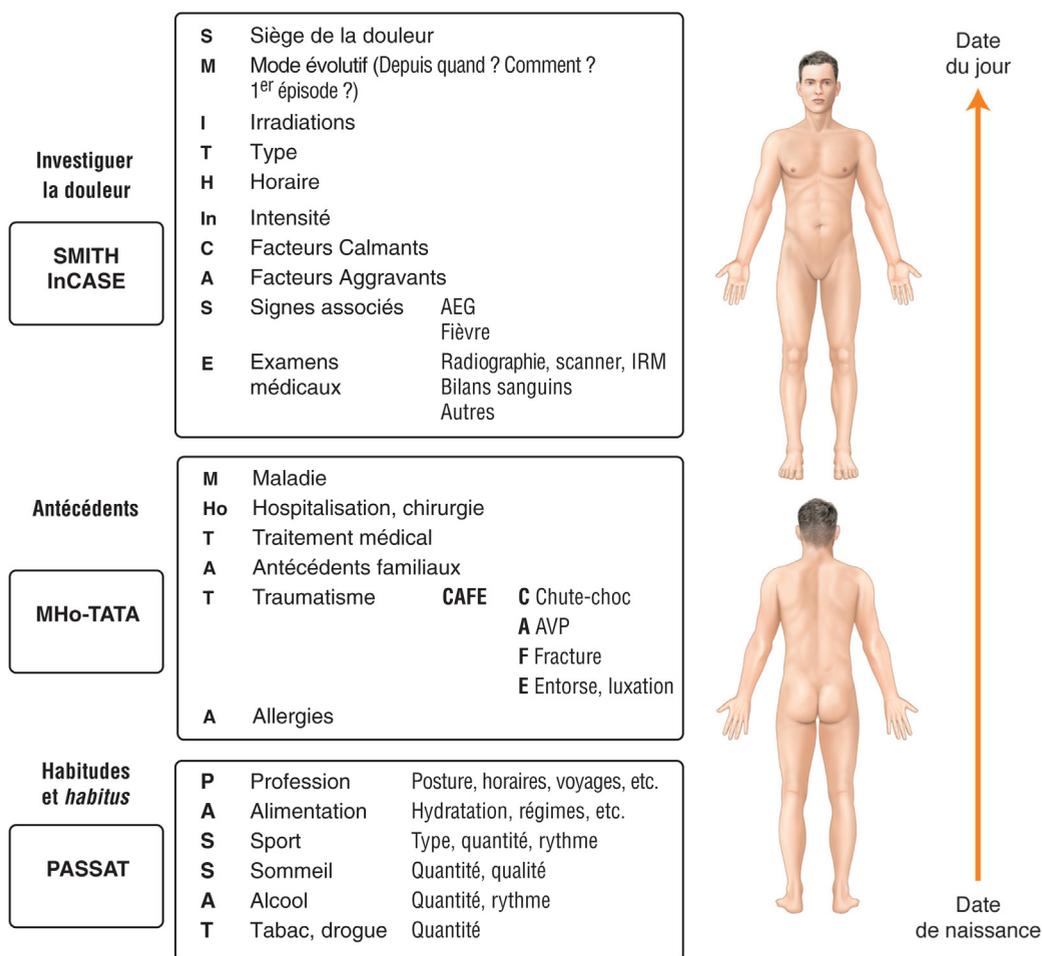


Figure 1.2. Fiche de synthèse de l'interrogatoire général.

AEG : altération de l'état général ; IRM : imagerie par résonance magnétique.

Tableau 1.1. Les questions à poser par le praticien lors d'une investigation de la douleur : acronyme SMITH-InCASE.

S	Siège	Où avez-vous mal ?
M	Mode évolutif	Depuis quand/comment est-ce arrivé ? Est-ce la première fois ? Pourquoi ?
I	Irradiations	La douleur est-elle ressentie ailleurs en même temps ?
T	Type	Comment définiriez-vous la douleur (électrique, fourmillement, de l'eau qui coule, broiement, étirement, déchirement, angoissante, etc.) ?
H	Horaire	Est-ce que vous ressentez la douleur de manière continue, le matin au réveil, le soir au coucher ? Vous réveille-t-elle la nuit ?
In	Intensité	Si 0 est la valeur pour laquelle vous ne ressentez rien et 10 la valeur à laquelle la douleur est insupportable, à quel niveau situeriez-vous votre douleur ? À définir sur une échelle analogique de la douleur (NB : il peut être intéressant dans certains cas de redemander l'évaluation de cette douleur en fin de séance)
C	facteurs Calmants	Qu'est-ce qui calme votre douleur (position du corps, de la partie douloureuse, mouvements, repos, médicaments, etc.) ?
A	facteurs Aggravants	Qu'est-ce qui aggrave votre douleur (position du corps, de la partie douloureuse, mouvements, repos, médicaments, etc.) ?
S	Signes associés	Vous sentez-vous fiévreux/avez-vous eu de la fièvre ? Avez-vous maigri ces derniers temps ? Vous sentez-vous fatigué ? Avez-vous perdu l'appétit ? Etc.
E	Examens médicaux	Avez-vous consulté un médecin pour la raison qui vous amène aujourd'hui ? Avez-vous réalisé des examens médicaux ?

Investiguer la douleur ou le motif de consultation – SMITH-InCASE

De nombreux auteurs proposent un schéma d'investigation fondé sur une structure mnémotechnique. Nous proposons l'acronyme SMITH-InCASE qui correspond aux descriptions suivantes réalisées par les patients :

- J'ai mal à...
- Depuis...
- La douleur descend/s'étend/...
- C'est comme de l'électricité/comme si on serre/comme si on me plante une pique/...
- Plutôt le matin/soir/nuit/...
- Cela m'empêche de travailler/de faire du sport/de dormir/...
- Lorsque j'ai trop mal, je m'allonge/je bouge/je prends un médicament/...
- Elle augmente lorsque je me penche/lorsque je marche/...
- Depuis quelque temps j'ai de la fièvre/des rougeurs/difficultés à digérer/...
- J'ai déjà consulté un médecin/j'ai fait des examens/...
- Siège
- Mode évolutif : depuis quand, comment ?
- Irradiations
- Type
- Horaire
- Intensité
- facteurs Calmants
- facteurs Aggravants
- Signes associés
- Examens médicaux

Le **tableau 1.1** indique les questions à poser en fonction des descriptions des patients.

Rechercher les antécédents personnels et familiaux – MHO-TATA

Les antécédents du patient² sont d'un intérêt capital pour parvenir à établir un lien entre des pathologies anciennes ou des conséquences de traitements et le motif de consultation. Les antécédents relevés au cours de l'anamnèse permettent à l'ostéopathe d'établir une possible relation entre les dysfonctions qu'il relève et les épisodes de vie du patient.

Au début du xx^e siècle, G.D. Hulett décrit dans son ouvrage *Manuel de principes de l'ostéopathie* [152] que les causes des dysfonctions³ ostéopathiques peuvent être externes (ou environnementales) et internes. Les causes externes, d'après cet auteur, sont par exemple une « exposition soudaine à une température basse ». Les causes internes sont par exemple des troubles

2. Parfois nommés « arbre de vie » en ostéopathie.

3. Le terme « dysfonction » remplace ici le terme « lésion » employé par l'auteur dans son ouvrage.

de la posture chez le sujet jeune ou le travailleur ayant des positions particulières, des désordres nutritionnels à l'origine d'une « irritation d'un viscère » avec la transmission d'une dysfonction « par rayonnement des impulsions », etc. Les concepts de Hulett illustrent l'esprit de globalité qui définit l'anamnèse de l'ostéopathe. Ces considérations anciennes, bien qu'elles ne soient pas étayées scientifiquement, font partie des « fondements essentiels dans l'apprentissage et la pratique de l'ostéopathie, au service du patient ».

Les silhouettes de la figure 1.2 permettent de numéroter les événements, ou antécédents, relevés lors de l'interrogatoire général, qui seront replacés selon une ligne chronologique (un exemple d'utilisation est donné dans la figure 1.3). Selon certains courants de pensée ostéopathiques, ce déroulement chronologique devrait donner le sens des priorités au traitement ostéopathique. Au-delà de cette idée, il est très utile de répertorier les antécédents du patient de manière visuelle.

Recueillir les informations relatives aux habitudes et habitus : PASSAT

Cette enquête concerne les points essentiels en termes d'habitudes et d'*habitus*⁴ du patient pouvant être en lien avec son motif de consultation. Le moyen mnémotechnique PASSAT est proposé ici (voir le développement de cet acronyme dans la figure 1.2). Chaque question posée au patient doit rester fondée sur l'investigation du motif de consultation et argumentée le cas échéant.

Les habitudes du patient sont plutôt des *éléments objectifs* et concernent par exemple

4. Habitus : « Apparence extérieure générale d'une personne. Ce terme, surtout utilisé en psychiatrie et en psychophysiologie, recouvre l'expression du visage, la posture au repos, les gestes, la démarche. L'habitus apporte des renseignements utiles au diagnostic et au pronostic d'une maladie. Il traduit un état de bien-être ou de souffrance. » (*Le Petit Larousse*).

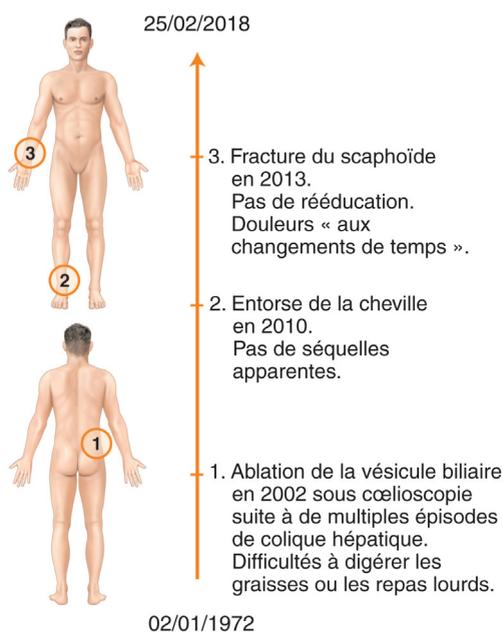


Figure 1.3. Exemple de prise de notes relatives aux antécédents du patient.

Source : P. Gadet.

l'ergonomie de son poste de travail, les horaires d'embauche, le type de moyen de transport utilisé, la pratique d'un sport et le nombre d'heures, le type d'aliments consommés, le nombre de cigarettes fumées, etc.

Les *habitus* sont des *éléments subjectifs* d'information. Par exemple, un patient peut décrire un rythme de travail soutenu qui provoque une lassitude chez lui ; une lombalgie accompagnée d'un « j'en ai plein le dos » ; un régime alimentaire commenté d'un « si on me prive de ce que j'aime, je ne peux pas vivre » ; un sommeil troublé par des angoisses, etc. Recueillir les informations du patient relatives aux habitus est au fondement même de l'éducation thérapeutique, un concept adapté à l'ostéopathie et développé dans le chapitre 3.

Par ailleurs, les liens que recherche l'ostéopathe au cours de l'interrogatoire général ne sont pas toujours d'emblée évidents pour le patient. Des questions posées en vue de rechercher une pathologie ou un lien ostéopathique à distance du motif de consultation, bien que justifiées par le contexte, peuvent donc surprendre ce dernier.

Nous reviendrons aussi sur la forme de ces questions, qui doit être adaptée à chaque patient, au chapitre 3.

Interrogatoire systémique

L'interrogatoire général est suivi de l'interrogatoire concernant les différents systèmes. Les fiches de synthèse des symptomatologies proposées dans la partie 2 de cet ouvrage orientent ensuite vers une investigation locale, régionale et générale du patient. Le praticien s'attache de la sorte à « scanner » le corps du patient par toute une série de questions adaptées à la pratique ostéopathique pour orienter la séance et les techniques, motiver un bilan médical en parallèle voire réorienter d'emblée un patient vers un médecin. Ces questions sont proposées ci-après sous forme de checklists, chaque système étant investigué. Le praticien prendra soin d'adapter l'ordre des appareils au contexte, en commençant idéalement par la région faisant l'objet du motif de consultation et en poursuivant avec les autres régions plus éloignées.

La fiche de synthèse proposée à la [figure 1.4](#) permet de visualiser l'investigation système par système avec également des moyens mnémotechniques.

Investigation de l'état général – PAFE

- **P** – Peau et phanères. L'observation de la peau est une phase importante de recueil d'informations pour l'ostéopathe. Le suivi des grains de beauté est le rôle du dermatologue ; néanmoins, l'ostéopathe alertera le patient sur un grain de beauté qui présenterait une quelconque anomalie selon l'outil mnémotechnique ABCDE (voir ci-dessous). Plus particulièrement, le praticien examine :
 - la peau (Ci-Mé-Tro-Bou-Cou) :
 - Ci – Cicatrice(s) ;
 - Mé – Méplats ;
 - Tro – Trophicité (éruptions cutanées, sécheresse, angiomes stellaires, érythrose, etc.) ;
 - Bou – Boursoufflures ;
 - Cou – Couleur ;

- les cheveux et les ongles (texture, apparence) ;
- les grains de beauté, en suivant l'outil ABCDE [34] :
 - A – Asymétrie des bords en comparant avec d'autres ;
 - B – Bords irréguliers, aspect déchiqueté, estompés ;
 - C – Changement de couleurs (bleu, noir, avec taches blanches de cicatrisation, rouges d'inflammation, etc.) ;
 - D – Diamètre (> 6 mm ou différence par rapport à d'autres) ;
 - E – Évolution (changement de la taille, de l'aspect, de la symptomatologie associée) ;
- **A** – Altération de l'état général – les « **3A** » :
 - Amaigrissement ;
 - Anorexie ;
 - Asthénie (faiblesse, lipothymie, syncope) ;
- **F** – Fièvre (Frissons, sueurs) ;
- **E** – Endocrinologie :
 - faim et soif excessives ;
 - examens sanguins (diabète, cholestérol, thyroïde).

Investigation de l'appareil neurologique – SMCF

Celle-ci n'est pas d'emblée du ressort de l'ostéopathe dans le cadre d'une consultation-bilan. En revanche, cette investigation peut intervenir en présence de signes fonctionnels laissant soupçonner un problème neurologique ou dans le cadre du suivi en ostéopathie d'un patient déjà pris en charge pour une maladie neurologique. Il s'agit bien de recueillir des informations à ce stade et non de pratiquer un examen neurologique.

- **S** – Sensibilité (fourmillements, engourdissements, perte de sensibilité).
- **M** – Motricité (tremblements, mouvements involontaires, faiblesse musculaire, démarche mal assurée).
- **C** – Crises convulsives.
- **F** – Fonctions supérieures (comportement, humeur, nervosité, stress, dépression, troubles du langage, désorientation, etc.).

Investigation de l'appareil locomoteur – DLD

L'investigation de l'appareil locomoteur passe en premier lieu par la posture adoptée par le patient et sa façon de se mouvoir dans l'espace. Elle est complétée par des tests médicaux le cas échéant. Il est important de noter que la notion de posturologie n'est pas limitée au simple appareil locomoteur. Un ensemble de modèles sont à prendre en compte dans une analyse posturale. Ces modèles sont cités plus loin dans ce chapitre mais ne sont pas développés compte tenu de la complexité des notions qui leur sont associées.

L'ostéopathe restera vigilant face à un patient qui se présente en première intention après un choc ou une chute (traumatisme). La fracture, selon les cas de figure, n'est pas forcément invalidante et sa recherche est primordiale par le thérapeute. Le diapason est un outil utile à condition qu'il soit utilisé de pair avec le stéthoscope (encadré 1.1).

- **D** – Douleurs articulaires (repos, mouvement, crampes, etc.).
- **L** – Limitations du mouvement (faiblesse, paralysie).
- **D** – Déformations.

Investigation de la tête et du cou – YODAC

Outre les signes fonctionnels des troubles ORL, la date des derniers bilans médicaux réalisés est recherchée. Un schéma dysfonctionnel ostéopathique passe par une mise en relation potentielle des sphères visuelle et auditive (par exemple, une perte auditive peut être une des raisons de dysfonctions au niveau du rachis cervical). La qualité de l'occlusion dentaire est également une donnée prise en compte dans de nombreux concepts de posturologie. La date du dernier examen, le port d'un appareil actuellement ou auparavant, le port de gouttière, la présence d'implants, les soins dentaires en cours et les ablations sont des questions qui intéressent l'ostéopathe dans la démarche du diagnostic ostéopathique (voir le chapitre 8).

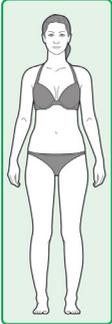
- **Y** – Yeux (examen visuel récent, perception de taches ou d'éclairs, larmoiement, douleurs).
- **O** – Otorhinolaryngologie (ORL) – **ETAI** :
 - E – Écoulements (saignements) ;
 - T – Troubles de la déglutition ;
 - A – Allergies ;
 - I – Infections (fréquence, types).
- **D** – Dentition (appareil, gouttières, implants, extractions, couronnes, soins en cours, bruxisme).
- **A** – Audition – **VAP** :
 - V – Vertiges ;
 - A – Acouphènes ;
 - P – Perte d'audition (appareil).
- **C** – Céphalées.

Investigation des appareils cardiaque et pulmonaire

La présence ou le cumul de certains signes fonctionnels au niveau de ces appareils peut motiver une réorientation en urgence du patient.

L'appareil cardiaque est investigué grâce à l'acronyme PO-DE-TE pour le système artériel et JEC-Cy-Peau pour le système veineux. L'acronyme Tou-Dou-Dy est réservé à l'appareil pulmonaire.

- **Investigation du système artériel, PO-DE-TE** :
 - **P** – Palpitation ;
 - **O** – Œdèmes ;
 - **D** – Douleur ou gêne dans la poitrine ;
 - **E** – Essoufflement (à l'effort, en décubitus, dyspnée paroxystique nocturne, réduction du périmètre de marche) ;
 - **T** – Tension artérielle (hypertension, etc.) ;
 - **E** – Examens récents (ECG, tests à l'effort, etc.).
- **Investigation du système veineux, JEC-Cy-Peau** :
 - **J** – Jambes (douleurs, lourdeurs, œdèmes, varices, antécédents de thrombophlébite) ;
 - **E** – Évolution du périmètre de marche (claudication intermittente) ;
 - **C** – Crampes ;
 - **Cy** – Cyanose (froideur des extrémités, syndrome de Raynaud) ;
 - **Peau** – Peau ulcérée.



Général

PAFE

Peau et phanères

Ci-Mé-Tro-Bou-Cou

Cicatrices Plaies
 Méplats
 Trophicité Éruption, sécheresse, angiomes stellaires, érythrose palmaire, etc.
 Boursoufflures
 Couleur

Cheveux/ongles (texture, apparence)

ABCD

Grains de beauté
 A Asymétrie d'un bord du nævus (en comparant avec d'autres)
 B Bords irréguliers, aspect déchiqueté, estompé
 C Changement de couleur, bleu, noir, avec taches blanches de cicatrisation, rouges d'inflammation
 D Diamètre > 6mm ou différence par rapport à d'autres
 E Évolution, changement de la taille, de l'aspect, de la symptomatologie associée

AEG

3A

Amairissement (poids habituel, changement récent)
 Anorexie
 Asthénie (faiblesses, lipothymie, syncope)

Fièvre

Frissons, sueurs

Endocrinologie

Thyroïde, cholestérol, faim et soif excessives, etc.

SMCF

Appareil neurologique

Sensibilité

Paresthésies
 Hypoesthésie
 Fourmillements, engourdissements
 Perte de sensibilité

Motricité

Tremblements
 Faiblesse musculaire
 Démarche mal assurée
 Mouvements involontaires
 Amyotrophie
 Paralyisie

Crises convulsives

Fonctions supérieures

Psychiques
 Troubles du langage
 Désorientation
 Comportement, nervosité, humeurs, tension, stress, dépression

DLD

Appareil locomoteur

Douleurs

Articulaires :
 Repos (arthrite, goutte)
 Mouvement

Musculaires :
 Tendons
 Corps musculaire
 Crampes

Ligamentaires

Limitations de mouvements

Faiblesses, paralysies

Déformations

Figure 1.4. Fiche de synthèse de l'interrogatoire systémique ostéopathique.

Source : P. Gadet

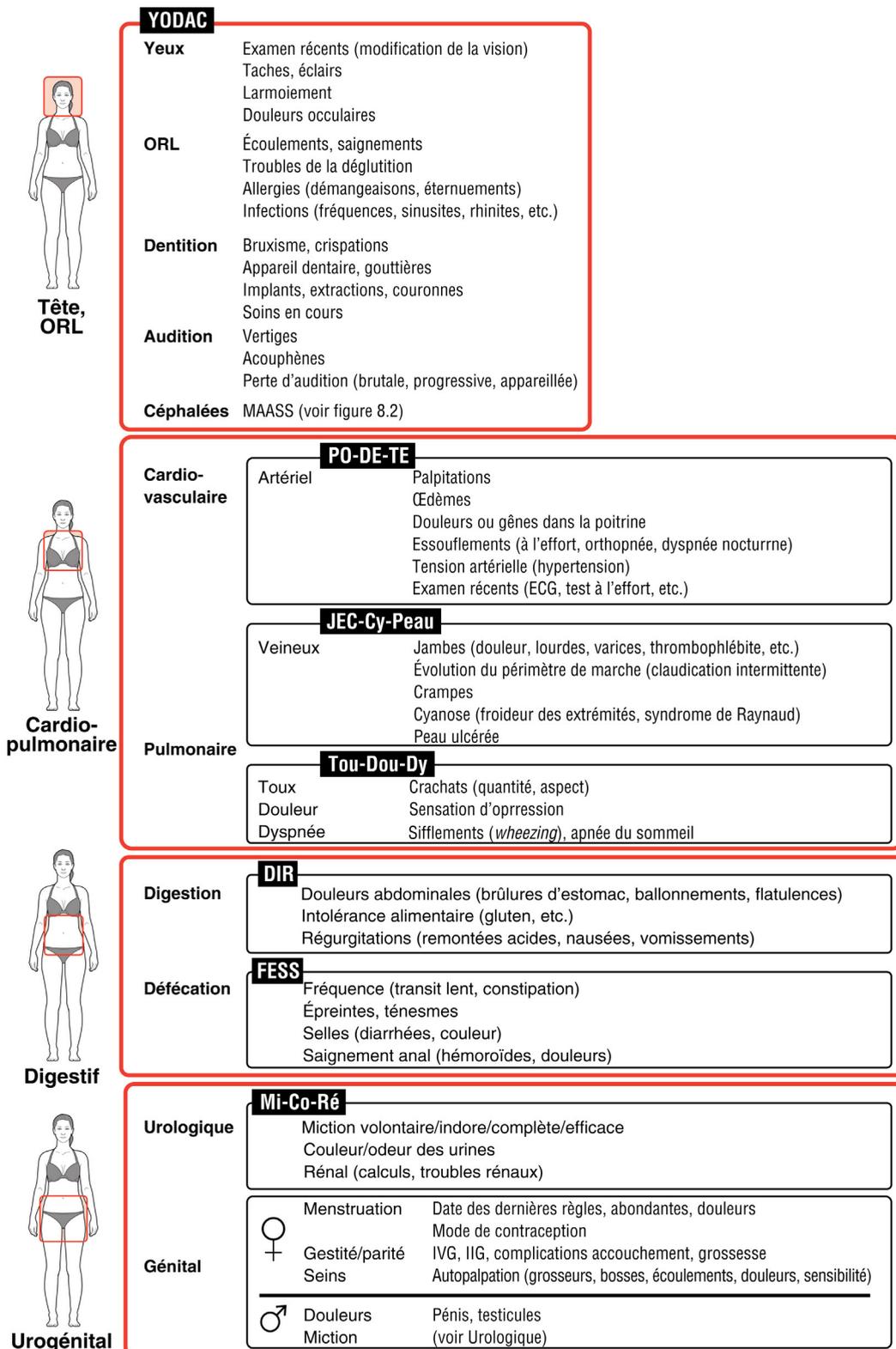


Figure 1.4. (Suite)

Encadré 1.1

Les fractures « au diapason »

Le diapason 128 Hz est un outil parfois recommandé lors de la recherche de fracture (figure 1.5). L'utilisation du diapason est décrite dans l'investigation neurologique sensorielle [277] et des fractures en première intention [227]. Face à une suspicion de fracture, l'utilisation du diapason par l'ostéopathe dans la démarche du diagnostic d'opportunité peut être utile. Il n'existe pas d'étude valide sur la fiabilité diagnostique du diapason. Récemment, M. Allers a montré que la réponse négative au seul test du diapason sur une fracture ne suffit pas pour éviter un examen radiologique [7]. L'auteur préconise que des études soient menées pour évaluer la combinaison du test au diapason avec les critères d'Ottawa¹.



Figure 1.5. Test « au diapason ».

Patient en position de confort, zone à tester facilement accessible pour le praticien. Stéthoscope en écoute à une extrémité de l'os à tester. Frapper le diapason sur un plan dur pour déclencher la vibration, puis appliquer l'extrémité du manche perpendiculairement au plan superficiel de l'autre extrémité de l'os à tester. Exemple ici dans le cas d'une suspicion de fracture de la fibula.

Source : C. Bonnithon.

¹ Les critères d'Ottawa sont développés au chapitre 12. La plupart des études publiées sur le sujet montrent que le test au diapason sur une suspicion de fracture n'a de valeur que s'il est réalisé avec un stéthoscope pour vérifier que la capacité de transmission de la vibration n'est pas interrompue par un trait de fracture (solution de continuité).

- **Investigation du système pulmonaire, Tou-Dou-Dy :**
 - **Tou** – Toux sans/avec crachats (quantité, aspect) ;
 - **Dou** – Douleur (sensation d'oppression) ;
 - **Dy** – Dyspnée (sifflements, apnée du sommeil).

Investigation de l'appareil digestif – DIR-FESS

Le praticien veille à corréler les informations recueillies autour de la sphère digestive avec celles sur les habitudes alimentaires des questions concernant les habitudes et habitus (voir plus haut, « Interrogatoire général »), dans un contexte de prise en charge globale de l'individu (par exemple, absence d'alimentation équilibrée et prise de repas rapide dans un contexte professionnel ne permettant pas d'accorder du temps à un déjeuner adapté).

- **Digestion – DIR :**
 - **D** – Douleurs abdominales (brûlures d'estomac, ballonnements, flatulences) ;
 - **I** – Intolérance alimentaire (gluten, etc.) ;
 - **R** – Régurgitations (nausées, vomissements).
- **Défécation – FESS :**
 - **F** – Fréquence (diarrhées, constipations) ;
 - **E** – Épreintes, ténésmes ;
 - **S** – Selles (couleur, consistance) ;
 - **S** – Saignement anal (douleurs).

Investigation de l'appareil urogénital – Mi-Co-Ré

Évoquer la miction avec un homme de plus de 50 ans est primordial dans le cadre du dépistage des troubles de la prostate. Les questions urologiques concernent essentiellement la miction (VICE). Le changement des urines (odeur, couleur) est un critère qui peut intéresser l'ostéopathe dans un contexte de douleurs pelviennes ou lombaires. Les troubles rénaux sont évoqués également.

L'autopalpation des seins est préconisée et enseignée par la plupart des gynécologues, surtout

chez une femme de plus de 50 ans dans le cadre de la prévention du cancer du sein.

L'ostéopathe peut encourager une patiente à se faire suivre par un gynécologue quelle que soit sa situation de vie (cancer, douleurs, etc.).

Lésions, écoulements, démangeaisons, œdèmes sont communs aux deux sexes et sont des signes motivant une réorientation du patient vers un médecin.

- **Investiguer l'appareil urinaire, VICE-COR :**
 - **V** – miction Volontaire (impériosités, incontinence, énurésie) ;
 - **I** – miction Indolore (douleurs, brûlures) ;
 - **C** – miction Complète (sensation de rétention) ;
 - **E** – miction Efficace (fréquence, force, calibre du jet) ;
 - **C** – Couleur des urines (foncées, claires, rouges) ;
 - **O** – Odeur des urines ;
 - **R** – Reins (calculs, troubles rénaux).
- **Investiguer l'appareil génital :**
 - féminin :
 - menstruations (date des dernières règles, douleurs, contraceptif) ;
 - gestité/parité (interruption volontaire/involontaire de grossesse) ;
 - dyspareunie ;
 - seins (autopalpation, grosseurs, écoulements, douleurs) ;
 - masculin :
 - douleurs (pénis, testicules) ;
 - prostate (suivi médical, antécédents).

La réorientation vers un médecin

Au cours des premières consultations, le praticien analyse chaque signe décrit par le patient. Le manque de discernement lié au manque d'expérience peut inciter à la réorientation du patient vers le médecin au moindre doute. Même si, avec la maîtrise de l'examen clinique, le praticien gagne en confiance, il importe de rester pleinement conscient de son champ de compétences. Il s'agit de réagir sans retard pour réorienter un patient nécessitant une prise en charge médicale.

En fonction des éléments recueillis à l'anamnèse, l'ostéopathe doit ainsi conseiller au patient de consulter un médecin, et ce plus particulièrement selon la nature de la douleur.

Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 fixe les modalités relatives aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. Deux conditions sont rappelées par la note du Syndicat français des ostéopathes de France (SFDO) sur les conditions d'échanges des informations :

- cet échange ne peut avoir lieu que dans la limite des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne, ainsi que dans le périmètre des missions des soignants ;
- le patient doit être informé préalablement de la nature des informations échangées et de la personne destinataire.

Dans le cadre d'un dialogue favorable au patient et en envisageant une prise en charge pluridisciplinaire au profit de la santé du patient, un courrier type de réorientation du patient vers un médecin est proposé dans la [figure 1.6](#). Ce courrier sera évidemment adapté à la situation, au type de communication mis en place avec le médecin, ainsi qu'à l'expérience du praticien.

Concepts de posturologie : observer le patient

Investiguer le motif de consultation passe par l'interrogatoire du patient, mais également par l'observation. L'observation globale du patient est une première phase de l'examen clinique ostéopathique. De la salle d'attente jusqu'à l'entrée dans le cabinet de consultation, en passant par les positions adoptées par le patient lors de l'interrogatoire, pour aboutir à l'examen sur la table de pratique, l'observation du praticien reste un acte essentiel. Tant sur le plan des mouvements que le patient fait que sur celui des postures qu'il

Coordonnées du praticien
(avec téléphone, e-mail, etc.)

À l'intention de
Monsieur/Madame le Docteur X
Adresse

Lieu, date

Docteur/Madame/Monsieur,

Ce jour, j'ai reçu en séance d'ostéopathie Monsieur/Madame X, âgé(e) de ... ans,

le médecin précise toujours l'âge de la personne sur ses courriers. Il peut être utile pour l'ostéopathe de faire de même pour mieux situer le patient et favoriser son identification le cas échéant.

venant consulter pour des douleurs/impotence fonctionnels/vertiges/etc.

Une description du motif de consultation et des signes associés peut s'avérer intéressante dans le dialogue.

En fonction du dialogue instauré avec le médecin, on peut ajouter les éléments suivants.

L'interrogatoire révèle les signes suivants...

Cas 1 : la ou les séances ostéopathiques ont été réalisées normalement. Toutefois, le traitement ostéopathique s'avère inefficace.

Le traitement ostéopathique s'avère inefficace.
Pensez-vous que des examens complémentaires pourraient s'avérer pertinents ?

Cas 2 : la séance d'ostéopathie n'a pas été réalisée car les signes relevés lors de l'interrogatoire et/ou les résultats des tests médicaux orientent vers une prise en charge médicale.

Les résultats aux tests suivants font apparaître des signes qui montrent que le patient ne relève pas du champ de l'ostéopathie : test A (signe...), test B (signe...), etc.

Pour conclure par :

Par précaution, je réoriente vers vous Monsieur/Madame X pour avis médical.

En vous remerciant de vos conseils et me tenant à votre disposition pour toute information que vous pourriez souhaiter, je vous prie d'agréer Docteur/Madame/Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Signature

Figure 1.6. Exemple de lettre de réorientation vers le médecin.

Source : P. Gadet.

adopte, le praticien recueille des informations qu'il exploite tout au long de la consultation. Pour Marin et al., l'observation posturale statistique présente une validité de 60 à 85 % dans l'examen clinique ostéopathique. Les auteurs précisent toutefois que « l'observation est indissociable des autres étapes de l'examen clinique ostéopathique (...). L'ensemble s'inscrit dans une logique globale d'évaluation et de prise en charge du patient » [210].

Le terme « posturologie » est de plus en plus utilisé en médecine non conventionnelle lorsqu'on évoque les relations entre la posture du corps et les troubles fonctionnels. La posturologie permet de décrypter la relation anatomique et fonctionnelle entre certaines attitudes posturales et des pathologies [54].

La figure 1.7 propose une version très simplifiée d'un rétrocontrôle postural. Cependant, la posturologie repose sur des modèles complexes tels que [61] :

- le modèle neurophysiologique, fondé sur l'étude de l'équilibre postural ;
- le modèle biomécanique, qui tient compte de la relation entre les attitudes corporelles et la gravité terrestre autour des mécanismes vestibulaires et des réflexes spinaux ;
- le modèle psychosomatique, qui tient compte des facteurs psychosociaux de l'individu ;
- le modèle psychodémographique, issus des facteurs liés à l'évolution de l'espèce (passage à la bipédie).

Du fait de la grande complexité des modèles élaborés en posturologie, et étant donné les paramètres innombrables à prendre en compte, proposer une synthèse dépasse l'objectif de ce livre. Cependant, il convient de garder à l'esprit

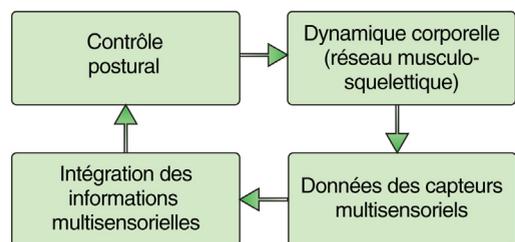


Figure 1.7. Un schéma simple de rétrocontrôle postural. D'après Chiba [61].

qu'un schéma postural correspond à un individu dans un contexte donné et à une période donnée. Si l'on prend en compte les modèles cités ci-dessus, seule une analyse ostéopathique de la globalité du patient peut permettre d'établir un profil postural et des liens dysfonctionnels ostéopathiques.

L'examen clinique en ostéopathie : un bilan homéostasique

L'ostéopathie permet d'intervenir dans le cadre du soulagement des douleurs, mais elle est aussi plébiscitée pour ses aspects préventifs. La consultation-bilan est recommandée selon une fréquence annuelle par la plupart des praticiens. Elle vise à rétablir un équilibre dans les fonctionnalités du corps, gage d'« un état de complet bien-être physique, mental et social », pour reprendre les termes de la définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans le préambule de sa constitution en 1946. Cette définition précise aussi que la santé « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Il existe ainsi des états intermédiaires entre bonne santé et pathologie. Ces étapes sont caractérisées par la présence de dysfonctions que le corps lui-même arrive à réguler. L'ostéopathie permet une intervention sur ces dysfonctions pour favoriser un retour vers l'homéostasie⁵.

Comme nous l'avons vu dans l'avant-propos, le diagnostic fonctionnel ostéopathique est ainsi défini : « démarche qui consiste à identifier et hiérarchiser les dysfonctions somatiques ainsi que leurs interactions afin de décider du traitement ostéopathique le mieux adapté à l'amélioration de l'état de santé de la personne » [225]. Ce sont l'accumulation de dysfonctions et leur caractère durable qui peuvent engendrer un état pathologique, les mécanismes

5. Homéostasie : « processus de régulation par lequel l'organisme maintient les constantes du milieu intérieur (ensemble des liquides de l'organisme) entre les limites des valeurs normales » (*Le Petit Larousse*).

de régulation de l'homéostasie ne suffisant plus à maintenir l'équilibre. Un déséquilibre s'installe alors et une bascule progressive vers un état pathologique peut s'opérer. Idéalement, l'intervention de l'ostéopathe, au travers de l'examen clinique, vise ici à prévenir une évolution qui, dans certains cas, peut entraîner un processus douloureux. Une fois l'état de douleur atteint, cognition et émotion sont des variables qui interviennent sur la modulation de cette douleur. Ces variables agissent également sur l'homéostasie (figure 1.8 et encadré 1.2).

Dans le cadre d'une consultation de suivi (ou consultation-bilan), sans motif de douleur, l'investigation de la douleur (outil mnémotechnique SMITH-InCASE) n'a pas d'intérêt a priori, et l'interrogatoire peut débuter soit par les questions concernant les habitudes et *habitus*, soit par

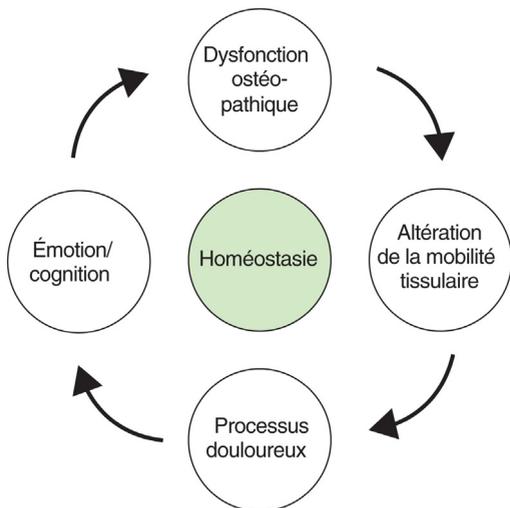


Figure 1.8. Dysfonction ostéopathique et homéostasie. La dysfonction n'engendre pas la douleur mais perturbe l'homéostasie localement et influe sur la mobilité tissulaire. Une perturbation durable de la mobilité tissulaire et de cette homéostasie locale peut engendrer dans certains cas une douleur et potentiellement une pathologie. Cette douleur est modulée par la sphère cognitivo-émotionnelle, elle-même génératrice d'une perturbation de l'homéostasie. Source : P. Gadet.

Encadré 1.2

De la dysfonction à la pathologie

La dysfonction ostéopathique est définie comme une altération de la mobilité tissulaire. Le diagnostic ostéopathique fonctionnel établit « un lien entre l'anatomie de la structure à mobilité perturbée, la physiopathologie de la fonction perturbée et l'expression du trouble fonctionnel » [198]. L'altération de la mobilité est une condition nocive lorsque sa persistance (chronicité) influe défavorablement sur les tissus et perturbe leur adaptabilité à la contrainte. On peut donc établir que la conséquence à terme est une perturbation de l'homéostasie. Lorsque l'homéostasie est perturbée de manière durable ou par des conditions nocives comme une infection ou des lésions tissulaires, les mécanismes de contrôle homéostasiques deviennent insuffisants pour subvenir à rétablir un équilibre [245]. Il se crée alors une inflammation chronique qui mène à une détérioration tissulaire ; les mécanismes de l'inflammation dominent alors par rapport à ceux de l'homéostasie, amenant ainsi à la pathologie. Il existe donc une phase pendant laquelle l'homéostasie est régulée, bien que les dysfonctions soient présentes. C'est dans cette phase de prévention que se place tout naturellement l'ostéopathie.

la recherche des antécédents (MHo-TATA) (voir plus haut « Interrogatoire général »). Au cours de cette consultation-bilan, le recueil des informations peut être approfondi. Une écoute attentive de la part du praticien permet alors de proposer des adaptations du contexte de vie favorables à la bonne santé du patient. Le praticien veillera avant tout à déterminer si le patient éprouve des difficultés, ainsi que ses priorités et ses objectifs de vie. Ces éléments sont développés dans le chapitre 3, consacré à l'élaboration d'outils d'éducation thérapeutique, dans le cadre de la construction d'un échange patient-praticien de qualité.