



HAL
open science

Étude pluriannuelle du biais diagnostic en ostéopathie, saison 2018-2019. Étude épidémiologique d'une population consultant en clinique ostéopathique : cas de la clinique de l'IFO-GA

Laura Martial

► To cite this version:

Laura Martial. Étude pluriannuelle du biais diagnostic en ostéopathie, saison 2018-2019. Étude épidémiologique d'une population consultant en clinique ostéopathique : cas de la clinique de l'IFO-GA. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03984129

HAL Id: dumas-03984129

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03984129>

Submitted on 12 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



**Institut de Formation en
Ostéopathie du Grand
Avignon**

Mémoire de fin d'études en Ostéopathie

**Étude pluriannuelle du
biais diagnostique en
ostéopathie,
Saison 2018-2019
Étude épidémiologique d'une
population consultant en
clinique ostéopathique : cas de
la clinique de l'IFO-GA**

MARTIAL Laura

Date de soutenance : 29 Juin 2019

**Tuteurs : ROMANET François, ostéopathe D.O
GOURJON Géraud, PhD**



**Institut de Formation en
Ostéopathie du Grand
Avignon**

Mémoire de fin d'études en Ostéopathie

**Étude pluriannuelle du
biais diagnostique en
ostéopathie,
Saison 2018-2019
Étude épidémiologique d'une
population consultant en
clinique ostéopathique : cas de
la clinique de l'IFO-GA**

MARTIAL Laura

Date de soutenance : 29 Juin 2019

**Tuteurs : ROMANET François, ostéopathe D.O
GOURJON Géraud, PhD**

REMERCIEMENTS

« Je crois que le conseil le plus important que je pourrais donner à l'étudiant ostéopathe et au praticien qui s'oppose aux vieilles théories et se sert de sa tête comme étoile de raison, c'est celui-ci : qu'il considère le corps humain comme une confrérie bien organisée de travailleurs. Le travail du praticien, c'est de maintenir la paix et l'harmonie dans toute la confrérie. Celui qui réalise la grande importance de cette vérité et la met en pratique est un ostéopathe digne de confiance. »

Andrew Taylor STILL

SOMMAIRE

Avant propos	3
1. Introduction.....	3
2. Matériel et méthodes.....	5
2.1 <i>Définition</i>	5
2.2 <i>Matériel.....</i>	6
2.3 <i>Méthodes</i>	6
3. Résultats.....	9
3.1. <i>Diagramme de flux.....</i>	9
3.2. <i>Profil démographique</i>	10
3.3. <i>Profil ostéopathique</i>	11
4. Discussion.....	17
4.1. <i>Âge.....</i>	17
4.2. <i>CSP.....</i>	17
4.3. <i>Motif de consultation</i>	19
4.4. <i>Autres signes associés.....</i>	21
4.5. <i>Dysfonction primaire et motif de consultation.....</i>	22
4.6. <i>Comparaison.....</i>	23
4.7. <i>Étude préliminaire pour une validation d'une routine de tests</i>	23
4.8. <i>Biais et limites de l'étude</i>	24
5. Conclusion.....	24
Table des illustrations.....	26
Table des abréviations	26
Liste des références	27
Bibliographie	30
Annexes	33
<i>Annexe 1 - Exemple de fiche patient sur NGostéo</i>	33
<i>Annexe 2 - Fiche d'informations sur la saisie des données</i>	34
<i>Annexe 3 - Classes d'âge IFO-GA et INSEE</i>	35
<i>Annexe 4 - Classes d'âge IFO-GA et INED.....</i>	35
<i>Annexe 5 - Étude préliminaire pour une validation d'une routine de tests</i>	36
Résumé	43
Abstract.....	43

AVANT PROPOS

Ce mémoire fait suite à l'étude épidémiologique menée par Agathe Maillet au cours de l'année scolaire 2017-2018 (1). Il s'intègre à un projet de recherche du Pôle de Recherche de l'IFO-GA portant sur le biais diagnostique dans la pratique de l'ostéopathie. Il s'étale de 2017 à 2020. Nous présentons ici les deuxième et troisième étapes du projet.

1. INTRODUCTION

L'importance de l'ostéopathie en tant que médecine alternative ne cesse de s'accroître depuis plusieurs années (2-6).

Selon les sondages Opinionway (demandé par le Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie de France en 2010) et IPSOS (demandé par Ostéo de France en 2016), consulter un ostéopathe devient de plus en plus naturel pour les Français.

En effet, en 2010, 42% des Français avaient déjà consulté un ostéopathe. Lors du sondage de 2016, le chiffre s'élevait désormais à 67%.

L'ostéopathie fait partie des médecines dites non conventionnelles (MNC).

Sont souvent assimilées à la « médecine occidentale » les « pratiques conventionnelles » et aux « médecines traditionnelles » les « pratiques non conventionnelles » (6).

Le système de soins conventionnel français est basé sur la médecine allopathique. Il s'agit d'un mode de traitement entraînant un effet inverse de celui provoqué par la maladie grâce à l'administration de substances chimiques actives (7).

De plus, cette médecine conventionnelle moderne s'appuie sur l'*Evidence Based Medicine* (EBM) ou « médecine fondée sur les preuves » (8). Ce n'est pas le cas des médecines non conventionnelles.

L'évaluation de l'efficacité de ces médecines non conventionnelles et en particulier de l'ostéopathie par l'INSERM en 2012 (9) a conclu que « un nombre plutôt limité d'études comparatives et randomisées a été réalisé pour évaluer l'ostéopathie. La plupart de ces études présentent de réelles limites méthodologiques [...] ».

Dans ce contexte, la nécessité d'avoir un diagnostic fiable basé sur des tests fiables est donc primordiale. Par conséquent, une étude d'évaluation du biais diagnostique en ostéopathie s'avère pertinente.

Malgré l'absence de preuves, avancée par le corps médical, de l'efficacité de l'ostéopathie, cette dernière attire chaque année de plus en plus de patients. Sont pourtant concernées par l'ostéopathie et autres médecines non conventionnelles les personnes malades ou à risque de le devenir prochainement (10) et qui nécessitent un traitement efficace.

De nombreux professionnels de santé se sont intéressés aux profils et aux motivations des patients consultant en ostéopathie (11-13). La clinique ostéopathique de l'Institut de Formation en Ostéopathie du Grand Avignon (IFO-GA) accueille 4000 patients par an. Ils sont pris en charge par les étudiants de cinquième année, futurs praticiens ostéopathes qui, au terme d'une séance, sont en mesure de donner le motif de consultation du patient et la chaîne lésionnelle qui en est la cause. Cette population de patients présente donc un profil intéressant à analyser et à comprendre dans le cadre d'une évaluation du biais diagnostique.

En 2017-2018, une précédente étude épidémiologique sur cette patientèle avait mis en exergue la diversité des patients pris en charge (1). Un bilan préliminaire de la patientèle avait été établi, afin de mieux appréhender les profils et les motivations des patients au sein de la clinique ostéopathique.

De plus, et pour la première fois, cette étude s'était intéressée au lien entre la localisation du motif de consultation et le lieu à l'origine de la chaîne lésionnelle que le milieu ostéopathique appelle la dysfonction primaire (14).

Le résultat n'étant pas significatif avec un échantillon de 282 patients, une étude épidémiologique à plus grande échelle devait être entreprise car plusieurs questions attendent des réponses plus précises.

Quelles sont les zones les plus en souffrance chez les patients consultant à la clinique de l'IFO-GA ?

Où se situent majoritairement les dysfonctions primaires ? Sont-elles éloignées ou proches du lieu de la plainte ? Les résultats obtenus au sein de la clinique de l'IFO-GA sont-ils similaires à ceux retrouvés ailleurs en France ?

Existe-t-il une corrélation entre la dysfonction primaire et le motif de consultation du patient ?

Deux nécessités se présentent alors pour répondre à ces questions avant de pouvoir évaluer le biais diagnostique. Tout d'abord, mener une étude épidémiologique plus approfondie qui nous aidera à comprendre la patientèle, à analyser ses plaintes et ses dysfonctions ostéopathiques. Ensuite, élaborer une routine de tests dans l'intention d'un bilan ostéopathique.

Pour la première étape, un échantillonnage de mille patients sera réalisé entre décembre 2017 et avril 2018. À partir de cet échantillonnage, une analyse démographique et ostéopathique sera menée. Pour la seconde étape, une étude préliminaire sera entreprise afin d'établir une routine de tests reproductibles et fiables en vue d'un bilan ostéopathique. Ces deux études s'inscriront dans un projet d'étude du biais diagnostique en ostéopathie.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée dans le cadre du projet de recherche « Évaluation du biais diagnostique en ostéopathie », pilotée par le Pôle de Recherche Ostéopathique et Scientifique de l'IFO-GA.

2.1 Définition

La dysfonction ostéopathique est définie par l'arrêté ministériel du 12 décembre 2014 comme une : « *Altération de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du système somatique. Elle s'accompagne ou non d'une sensibilité douloureuse.* » (15)

Au cours de notre formation à l'IFO-GA, nous avons appris que la dysfonction ostéopathique est décrite dans le sens du plus grand mouvement.

Afin d'éviter toute confusion, dans cette étude, nous avons considéré que la dysfonction primaire est définie par la restriction tissulaire perçue comme la plus importante (16).

2.2 Matériel

2.2.1. Population et échantillonnage

Le recrutement s'est effectué parmi les patients de la clinique ostéopathique de décembre 2017 à avril 2018.

- 2017-2018 : 282 patients du 6 décembre 2017 au 24 janvier 2018 (Maillet, 2018) ;
- 2018-2019 : 719 patients du 25 janvier au 9 avril 2018 (notre étude).

Les étudiants de l'IFO-GA n'ont pas été inclus.

Un échantillon de 1154 fiches patients a été récolté, mais seulement 1001 fiches ont été sélectionnées pour l'analyse statistique. Ont été retirées de l'étude épidémiologique les fiches patients dont il manquait des données pour l'analyse statistique.

2.2.2. Fiche patient numérique

La fiche patient numérique contient les informations démographiques, sanitaires et ostéopathiques (dont le motif de consultation et l'ensemble des dysfonctions).

La fiche patient est présentée en Annexe 1.

Le logiciel utilisé pour saisir et stocker les fiches patients est NGostéo, un logiciel spécifiquement développé pour la clinique de l'IFO-GA.

2.3 Méthodes

2.3.1. Méthode d'échantillonnage

Les données ont été extraites du logiciel NGostéo du 25 Janvier 2018 (date à laquelle la précédente étude s'était terminée) au 9 Avril 2018.

Les consignes mises en place par Maillet (1) dans le but de normaliser les données et de les rendre facilement exploitables ont été suivies pour ce nouvel échantillonnage (Annexe 2).

Ont été incluses les fiches patients respectant ces consignes.

Au cours de la saisie et de la catégorisation des données, ont été exclues les fiches patients incomplètes.

2.3.2. Données récoltées

Des variables quantitatives et qualitatives sont prises en compte pour l'analyse :

- Démographique : âge, profession (classée selon les catégories socioprofessionnelles de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques INSEE).
- Sanitaires : qualité du sommeil et état de santé général.
- Motif de consultation : localisation, durée et fréquence, type, présence d'irradiations, calmé ou aggravé par, autres signes associés.
- Diagnostic réalisé par le praticien : dysfonctions primaires et secondaires, test(s) d'exclusion.

2.3.3. Classification du motif de consultation

Le motif de consultation est défini comme le lieu de la plainte douloureuse du patient.

Les motifs de consultation en ostéopathie étant multiples, ils ont été classés en huit catégories suivant le découpage anatomique enseigné en médecine et retrouvé dans le Kamina (17) : rachialgie, membre supérieur, membre inférieur, bassin, thorax, crâne, système, bilan.

- Rachis : douleurs localisées sur la colonne vertébrale (cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sacralgie, coccygodynie, rachialgie globale).
- Membre supérieur (MS) : douleurs allant du complexe articulaire de l'épaule aux doigts. Sont incluses dans cette catégorie, les névralgies cervico-brachiales ainsi que les trapézalgies.
- Membre inférieur (MI) : douleurs allant du pied jusqu'à l'os iliaque. Sont incluses dans cette catégorie, les sciatalgies ainsi que les cruralgies, de par la localisation des fourmillements.
- Bassin : cette catégorie différencie les douleurs sacro-iliaques des douleurs rencontrées dans les catégories « Rachialgie » et « Membre inférieur ».
- Thorax : douleurs au niveau du sternum et des côtes.
- Crâne : sont incluses dans cette catégorie, les plagiocéphalies ainsi que les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire.

- Système : douleurs ressenties par le patient au niveau des différents systèmes (crânien, digestif, urinaire, gynécologique, pulmonaire, cardiaque). Sont inclus dans cette catégorie, les vertiges, les migraines ainsi que les troubles de l'état général (asthénie par exemple).

2.3.4. Localisation des dysfonctions primaires

2.3.4.1 Dysfonction primaire locale ou à distance

La douleur pouvant se situer à proximité ou à distance de la causalité, les dysfonctions primaires ont été classées en deux catégories : locale ou à distance.

Dans cette étude, nous considérons qu'une dysfonction est locale du lieu de la plainte lorsque la structure est à proximité, c'est-à-dire directement ou via un lien ligamentaire, musculaire, vasculaire ou nerveux. Elle est considérée à distance lorsqu'il existe plus d'un lien anatomique entre elle et la structure en dysfonction (18-20).

Les ligaments vertébraux communs antérieurs et postérieurs sont exclus afin de pouvoir différencier les étages cervical, thoracique et lombaire.

2.3.4.2 Classification des dysfonctions

La classification des dysfonctions respecte les mêmes critères que celle des motifs de consultation : rachis, membre supérieur, membre inférieur, thorax, bassin, crâne et système.

Les dysfonctions des structures crâniennes sont incluses dans la catégorie « crâne » et les dysfonctions des organes et des viscères sont incluses dans la catégorie « système ».

2.3.5. Analyse statistique

La totalité des tests a été réalisée à l'aide du logiciel XLStat©.

Le choix des différents tests statistiques dépend essentiellement de l'échantillon et de la distribution des données étudiées.

Le risque alpha a été fixé à 0,05, sauf mention contraire. La mesure de la dispersion est représentée par l'écart-type.

La comparaison entre les classes d'âge de l'échantillon, de l'INSEE et de l'INED, ainsi que la comparaison entre la zone du motif de consultation et la zone de la dysfonction primaire ont été faites à l'aide d'un test de χ^2 (khi deux).

La force de relation entre la zone du motif de consultation et la zone de la dysfonction primaire a été évaluée à l'aide du test V de Cramer. Le test V de Cramer permet de comparer l'intensité du lien entre les deux variables étudiées. Il varie entre 0 et 1 (plus cela tend vers 1, plus le lien est fort entre les deux variables). Le tableau I nous donne son interprétation.

Tableau I : Test V de Cramer (21)

Valeur	Force du lien statistique
0	Absence de relation
Entre 0,05 et 0,10	Très faible
Entre 0,10 et 0,20	Faible
Entre 0,20 et 0,40	Modérée
Entre 0,40 et 0,80	Forte
Entre 0,80 et 1	Louche (colinéarité)

3. RÉSULTATS

3.1. Diagramme de flux

L'analyse démographique et ostéopathique de l'échantillon a nécessité plusieurs étapes. Celles-ci ont été présentées sur la figure 1 (diagramme de flux) ci-dessous.

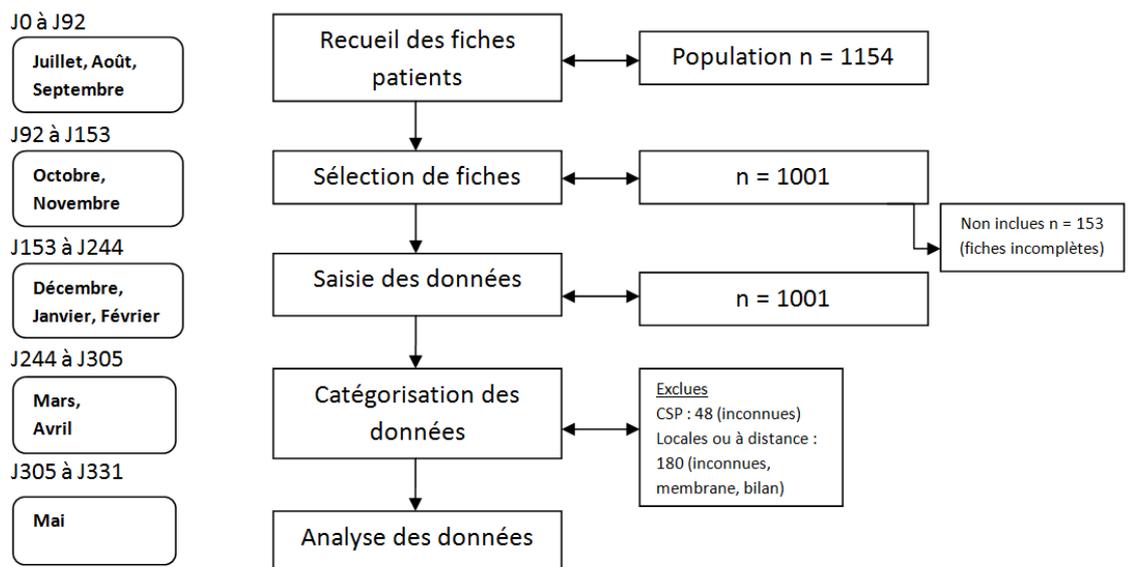


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

3.2. Profil démographique

Les données pour 1001 patients (n=1001) ont été saisies par 28 praticiens dont 282 patients issus de la précédente étude épidémiologique. L'échantillon inclut 604 femmes (n_F=604) et 397 hommes (n_H=397).

3.2.1. Âge

L'âge moyen de l'échantillon est de $m=38,2 \pm 18,3$ ans, s'étalant de 0,5 (nourrisson) à 85ans.

L'échantillon a été divisé en 11 classes d'âge suivant la règle de Sturges.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des [16-23] ans (figure 2) avec 18.4% (n=184) puis les [40-47] et [48-55].

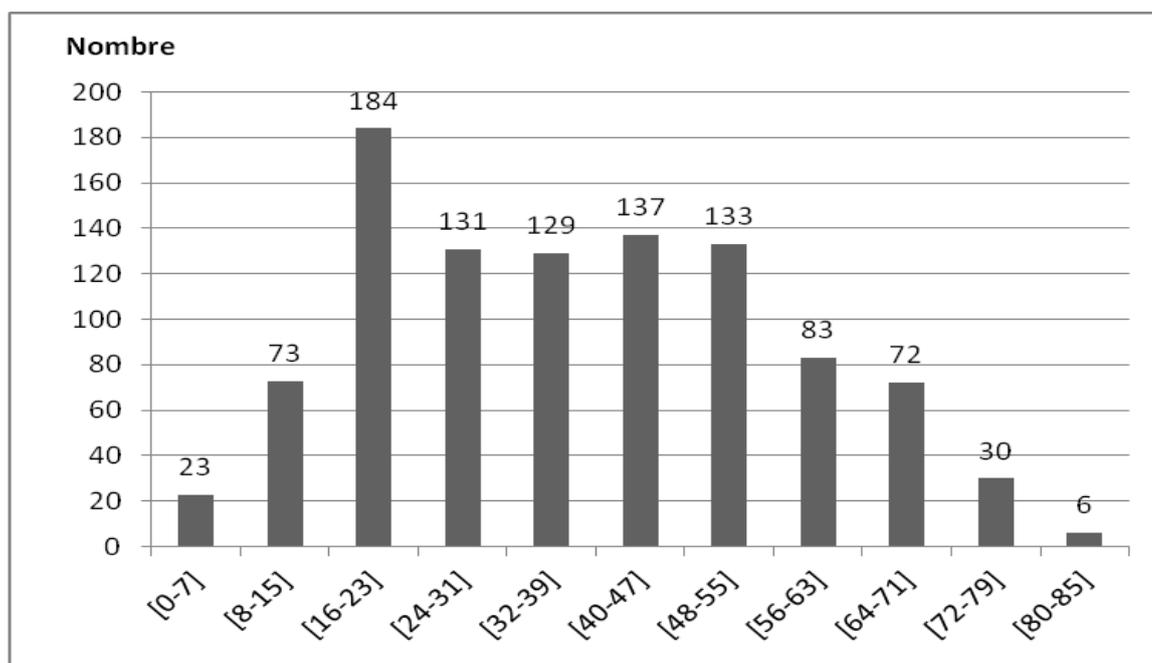


Figure 2 : Répartition de l'âge

3.2.2. Catégorie socio-professionnelle (CSP)

Les CSP de 953 patients ont été analysées, 48 n'ayant pas mentionné leur emploi.

La catégorie la plus représentée est celle des « enfants, étudiants, sans emploi » (38.5%, avec n=367) suivie par les « employés » (20%, avec n=191) et les « professions intermédiaires » (15%, avec n=140) (figure 3).

La catégorie la moins représentée concerne les « agriculteurs » avec seulement 3 individus (0.3%).

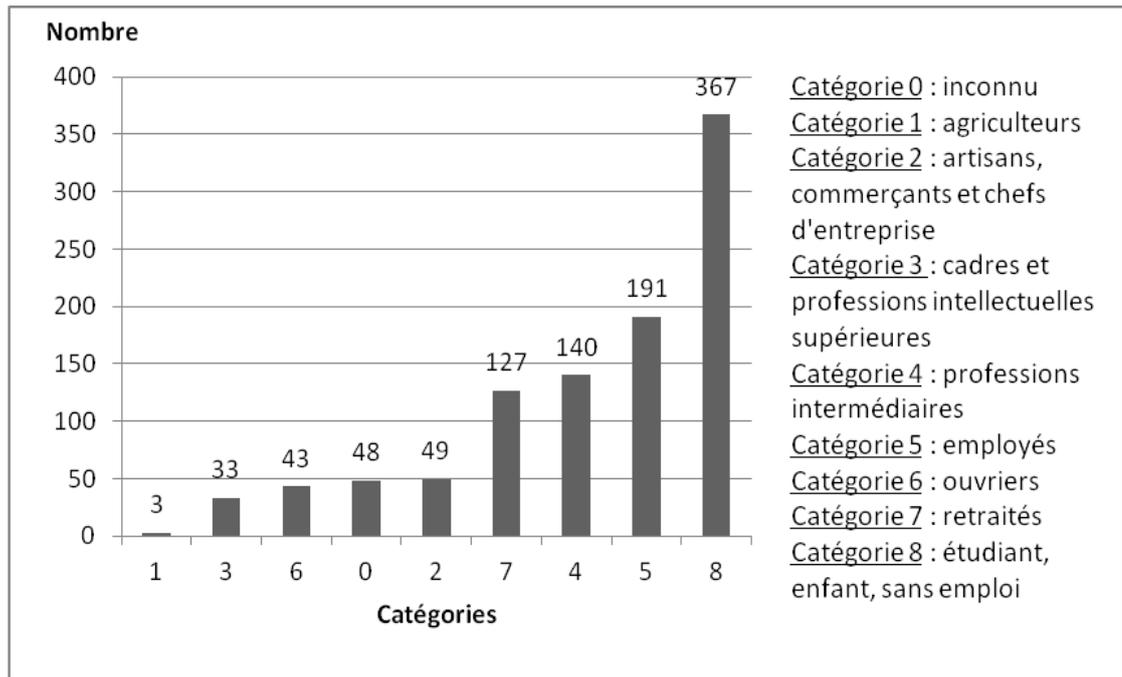


Figure 3 : Catégories socioprofessionnelles (CSP)

3.3. Profil ostéopathique

3.3.1. Motifs de consultation

La répartition des motifs de consultation est résumée dans la figure 4. La catégorie « Rachis » est la plus représentée (55%, avec n=552), suivie de la catégorie « Membres inférieurs » (21%, avec n=211). Nous retrouvons 200 patients (20%) qui présentaient plusieurs motifs au moment de la consultation.

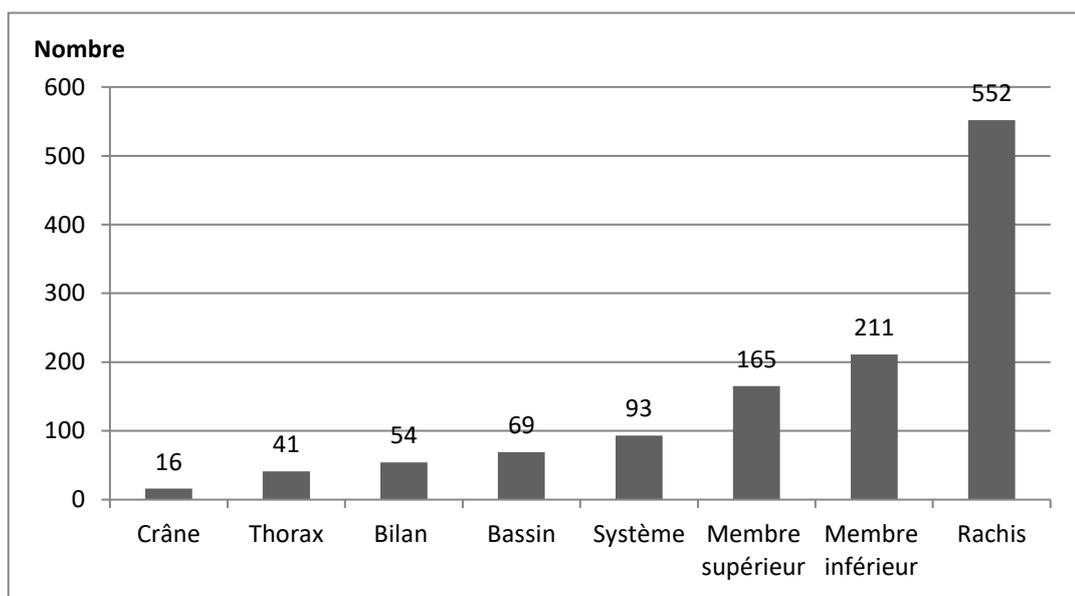


Figure 4 : Catégorisation du motif de consultation

Les motifs de consultation suivent la même répartition que l'étude de Maillet (1) (figure 5).

La catégorie « Rachis » est la plus représentée et la catégorie « Crâne » est la moins représentée.

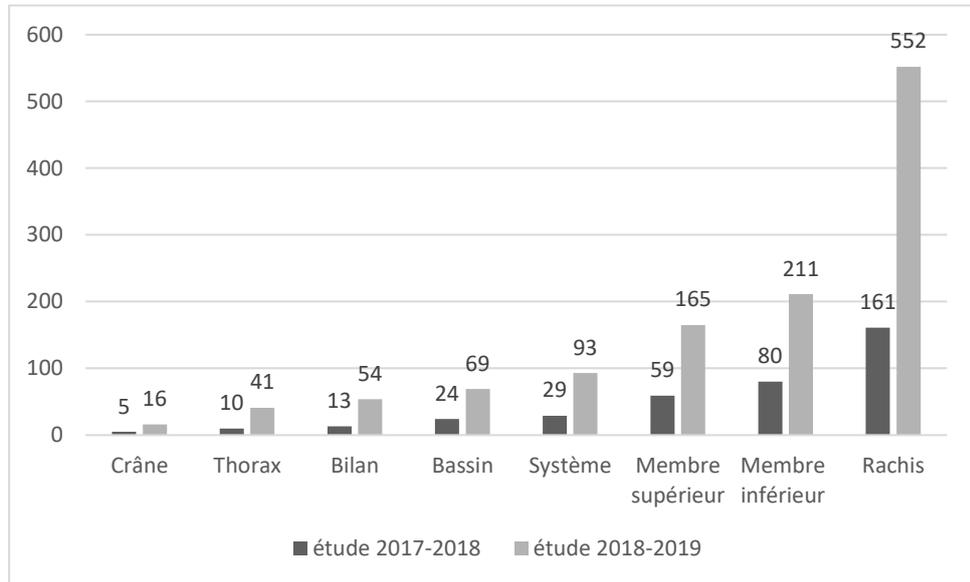


Figure 5 : Catégorisation des motifs de consultation selon l'échantillonnage

Le motif de consultation « Rachis » regroupe les cervicalgies, les dorsalgies, les lombalgies, les sacralgies, les coccygodynies, ainsi que les rachialgies globales (figure 6). Parmi ces patients, 227 patients (41%) souffrent de lombalgie.

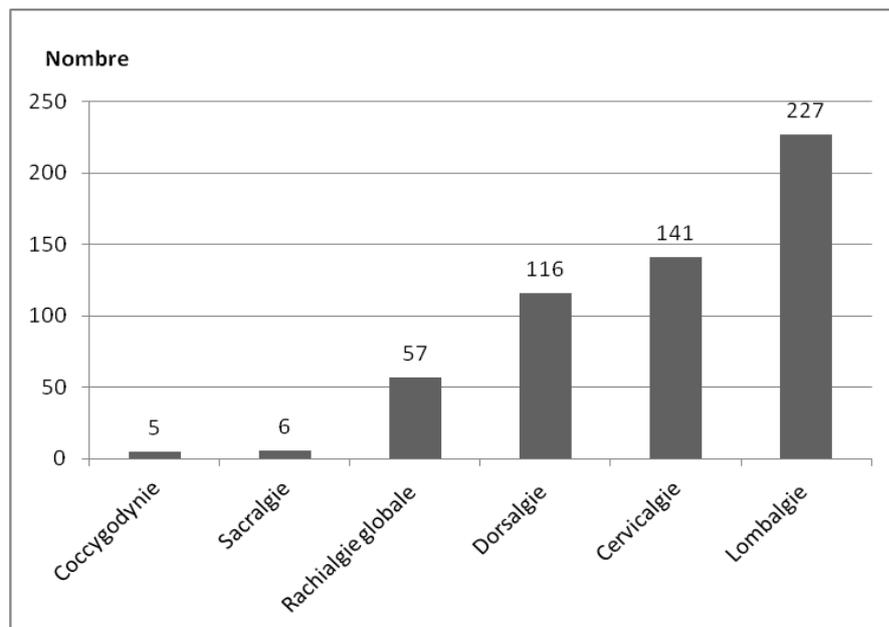


Figure 6 : Répartition des motifs de consultation au sein des rachialgies

3.3.2. Caractéristiques des motifs de consultation

Dans notre étude, le motif est défini comme chronique au-delà de trois mois (22, 23). Ainsi, les motifs récurrents depuis plusieurs années par crises ont été définis comme chroniques. Le tableau II met en évidence la prédominance des douleurs aiguës/subaiguës.

Tableau II : Caractéristiques des motifs de consultation (n=1001)

Caractéristiques du motif	Effectif		Effectif		Effectif total
Durée	Chronique	324	Aigüe/subaigüe	677	1001
Calmé par	Rien	539	Méthodes	451	990
Irradiations	Oui	224	Non	777	1001
Tests d'exclusion	Oui	138	Non	863	1001

Les méthodes employées par les patients pour calmer leurs douleurs regroupent les médicaments, les positions antalgiques, le recours à des médecines alternatives (homéopathie, acupuncture, etc.), le sport, la kinésithérapie, etc.

Cent trente-huit consultations (14%) ont nécessité la réalisation de tests médicaux en vue d'une potentielle exclusion du patient, parmi lesquelles 32 se sont avérés positifs (23%) et 107 négatifs (77%). Dans l'échantillon, deux patients (0.2%) ont présenté un diagnostic d'exclusion et ont été réorientés vers leur médecin traitant.

3.3.3. État général du patient et atteintes des systèmes

3.3.3.1. Les différents systèmes

Au sein de l'échantillon, 314 patients présentent une atteinte systémique (31%), 20 d'entre eux (6%) ont une atteinte de plusieurs sphères (figure 7).

La sphère digestive est celle manifestant le plus fréquemment une atteinte (44%, avec n=138), suivie de la sphère crânienne (37%, avec n=117).

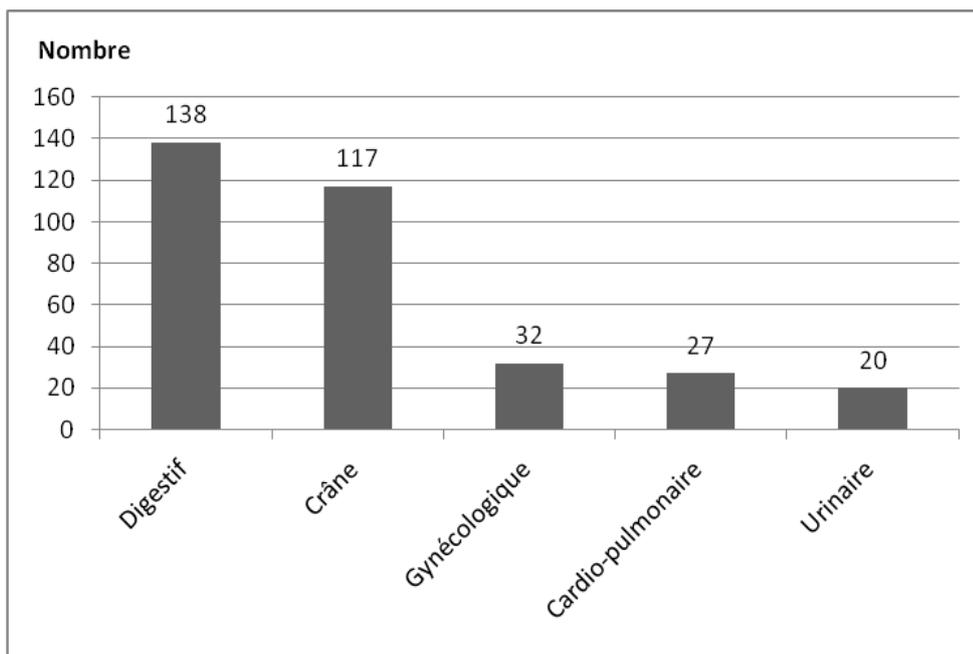


Figure 7 : Atteinte des différents systèmes

3.3.3.2. État général et sommeil

Au total, 328 patients indiquent avoir un sommeil perturbé (33%) et 398 patients (40%) indiquent avoir un état général altéré (asthénie, troubles émotionnels). Au sein de l'échantillon, 197 individus (20%) avaient un sommeil perturbé ainsi qu'un état général altéré.

3.3.4. Dysfonction primaire

3.3.4.1. Locale ou à distance du motif de consultation

Parmi les 1001 patients, 54 sont venus pour des bilans (5%) et n'ont pas été utilisés pour l'analyse du lien entre la dysfonction primaire et le motif de consultation. Dans 35 cas (4%), les données concernant la dysfonction primaire étaient incomplètes donc inutilisables et n'ont pas été prises en compte dans l'analyse.

Le nombre de dysfonctions primaires locales au motif de consultation est de 461 (46%) et de 324 (32%) pour « à distance ». Dans l'échantillon, 36 patients (4%) présentaient des dysfonctions primaires locales et à distance.

Les membranes de tension réciproque étant le lieu de la dysfonction primaire dans 91 cas (9%), les données n'ont pas été prises en compte dans l'analyse. En effet, elles ne permettaient pas de définir s'il y avait un ou plusieurs liens anatomiques entre la zone du motif et la zone de la structure en dysfonction.

3.3.4.2. Catégorisation des dysfonctions primaires

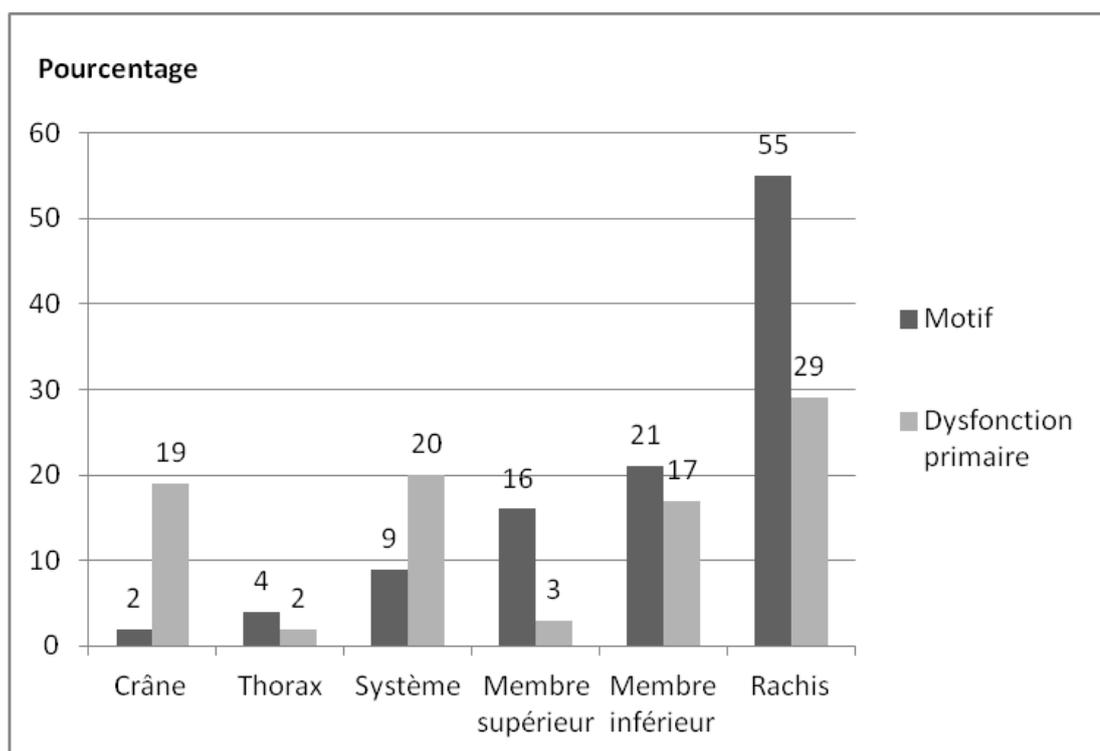


Figure 8 : Catégorisation des motifs de consultations et dysfonctions primaires

Les motifs de consultation et les dysfonctions primaires ont été classés par zone (figure 8).

La majorité des dysfonctions primaires se situent au niveau du rachis (29%, avec n=289), au niveau des systèmes (20%, avec n=196) et au niveau du crâne (19%, avec n=195).

Les plaintes sur le membre supérieur (16%, avec n=165) sont beaucoup plus nombreuses que le nombre de dysfonctions primaires retrouvées à cet endroit-là (3%, avec n=27).

Le même schéma s'observe pour le rachis avec 55% de plaintes (n=552) contre 29% de dysfonctions primaires (n=289).

À l'inverse, 20% (n=196) des patients ont des dysfonctions primaires au niveau des systèmes et 19% (n=195) ont des dysfonctions primaires au niveau du crâne alors que peu de plaintes ont été relevées à cet endroit-là.

Cette répartition a été comparée à celle de l'étude de Maillet (1) dans la figure 9 ci-après.

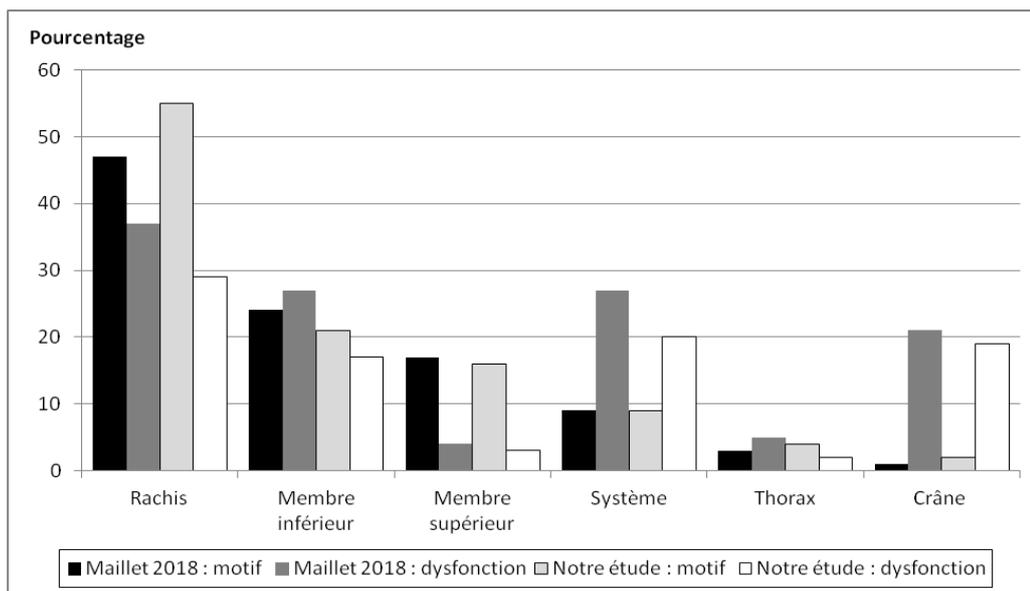


Figure 9 : Catégorisation des motifs de consultation et des dysfonctions primaires selon l'échantillonnage

3.3.4.3. Répartition des motifs en fonction des mois

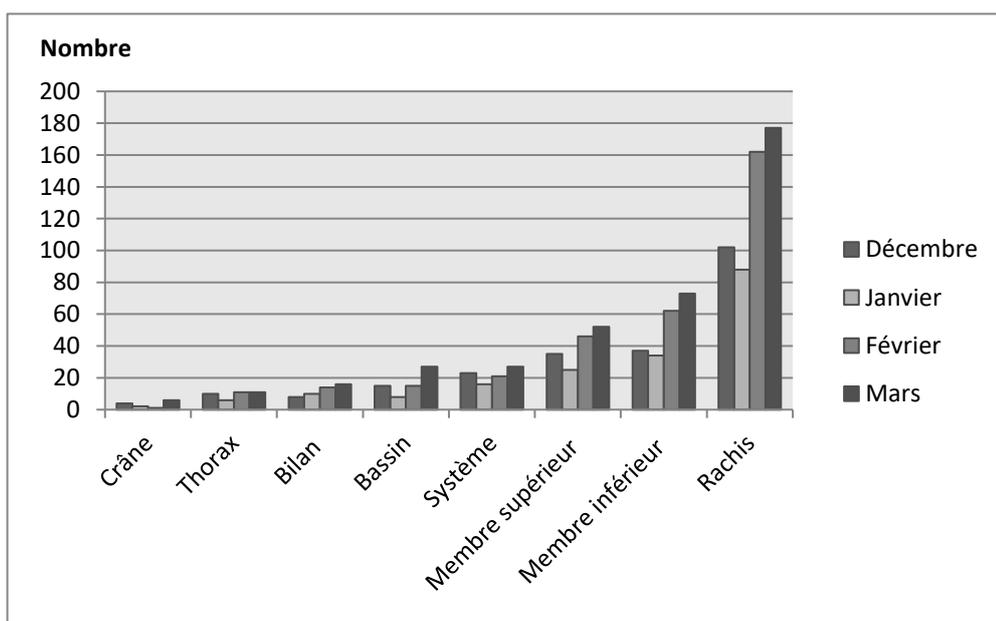


Figure 10 : Répartition des motifs selon les mois

La catégorie « Rachis » est la plus représentée sur les quatre mois avec en moyenne 132 motifs de consultation « Rachis » par mois contre en moyenne 3 motifs de consultation « Crâne » par mois (figure 10).

3.3.4.4. Test de corrélation et de contingence

La différence de répartition entre le lieu du motif de consultation et la dysfonction I est significative (P-value < 0,0001) et la corrélation est forte (V de Cramer =0.418).

4. DISCUSSION

4.1. Âge

L'âge moyen de l'échantillon est de $m=38,2 \pm 18,3$ ans.

Par rapport à la répartition de l'âge dans la population française selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (voir Annexe 3), notre population a une plus faible représentation des moins de 15 ans, ainsi que des plus de 64 ans. De nouvelles classes d'âge ont été utilisées : elles ne respectent plus la règle de Sturges mais la catégorisation de l'INSEE. Ainsi, par comparaison, nous observons que les classes 15-24ans et 45-49ans sont sur-représentées à l'IFO-GA.

La comparaison avec la répartition de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) (voir Annexe 4) confirme cette constatation.

Cette sur-représentation est possiblement due à la présence de nombreuses écoles d'études supérieures ainsi qu'à la présence de diverses entreprises sur le site d'Agroparc où est implantée la clinique ostéopathique.

De plus, malgré la place croissante de la recommandation de l'ostéopathie pédiatrique dans la prise en charge des nourrissons actuellement en France (24), de nombreuses sages-femmes conseillant aux parents une consultation en systématique pour les nourrissons (24), nous retrouvons seulement deux consultations sur des enfants de moins d'un an au sein de l'échantillon.

Cette sous-représentation est possiblement dûe à la nécessité de présenter un certificat de non contre-indication à la pratique ostéopathique pour un nourrisson de moins de six mois (25).

4.2. CSP

4.2.1. CSP les plus représentées

La catégorie la plus représentée est celle des « enfants, étudiants, sans emploi » (37%, avec $n=367$). Cela se justifie de la même manière que pour les classes d'âge. En effet, la clinique ostéopathique de l'IFO-GA est au sein d'un technopôle regroupant de nombreuses écoles d'études supérieures expliquant la forte représentativité des étudiants au sein de cet échantillon.

De plus, cette catégorie est influencée par les tarifs préférentiels dont bénéficient les enfants et les personnes sans activité professionnelle.

Les CSP « employés » (20%, avec n=191) et les « professions intermédiaires » (15%, avec n=140) sont également très représentées. En effet, Agroparc regroupe un grand nombre d'entreprises (26) et les partenariats entre la clinique et les entreprises facilitent le bouche à oreille et donc la venue de ces CSP. Les retraités, représentant 13% (n=127) de la population, ont également droit à des tarifs préférentiels.

Il serait pertinent de conduire une enquête sur les motivations des patients consultant à la clinique d'IFO-GA. Les tarifs préférentiels sont-ils la seule raison à leur venue en clinique plutôt qu'en cabinet ?

4.2.2. CSP les moins représentées

La catégorie la moins représentée concerne les « agriculteurs » avec seulement 3 individus (0.3%). Cette observation se retrouve également dans d'autres études (11, 27). Il serait opportun d'étudier si cette faible représentation est due à l'absence de motifs de consultation ou à l'absence de prévention dans ce secteur d'activité. En effet, la présence de forums de prévention ou les partenariats au sein des entreprises permettent de faire connaître l'ostéopathie. L'étude « Panorama des dysfonctions ostéopathiques dans une population qui ne consulte pas en cabinet » menée par le Pôle de Recherche Ostéopathique et Scientifique en 2018 (28) n'avait pas permis de répondre à ce questionnement pour cause d'un échantillonnage trop faible. Augmenter le recrutement permettrait d'étudier la faible représentation de cette CSP. Plusieurs raisons peuvent être avancées.

Tout d'abord, l'étude de Baugas (11) souligne que 66% des personnes interrogées ont eu recours à l'ostéopathie par le bouche à oreille.

Les exploitations agricoles ont-elles la proposition de ce type de soins ? Ou restent-elles ainsi dans l'ignorance des éventuels effets bénéfiques que peut leur apporter l'ostéopathie ? Dans ce cas-là, une démarche de sensibilisation serait pertinente à instaurer.

Ensuite, n'existant pas de tarifs préférentiels pour cette CSP, est-il possible que le tarif d'une séance d'ostéopathie freine la venue des agriculteurs ?

De plus, la clinique étant ouverte de 9 à 12 heures et de 14 à 17 heures, il est possible que cela limite la prise de rendez-vous pour cette profession. Il serait donc

intéressant de communiquer sur la possibilité de consulter un ostéopathe à domicile pour faciliter l'accès aux soins à cette CSP.

Pour finir, se pourrait-il que les personnes qui ne consultent pas à la clinique de l'IFO-GA soient influencées négativement par le fait que ce soit des étudiants et non des professionnels qui réalisent les séances ?

Comme pour les CSP les plus représentées, il serait pertinent de conduire une enquête sur les motivations des patients consultant à la clinique de l'IFO-GA.

4.3. Motif de consultation

4.3.1. Localisation

Le rachis représente plus de la moitié des motifs de consultations (55%, avec n=552). Le rachis est le support des organes et de leur innervation (racines nerveuses), des membranes rachidiennes (29). De plus, vers lui convergent les forces provenant du MI, du MS et du crâne.

La lombalgie est la plus fréquente. Elle représente 41% des rachialgies (227 cas sur 552). Parmi les 227 patients consultant à la clinique pour une lombalgie, 187 sont venus pour une lombalgie sans autre motif de consultation associé. Et parmi ces individus, 66% (n=123) étaient des salariés. La prévalence des lombalgies se retrouvent donc chez les salariés, probablement à cause de leurs conditions de travail (postures contraignantes, manutentions manuelles etc.). L'INRS confirme ces chiffres à plus grande échelle. (30)

Les autres motifs de consultation les plus représentés concernent les MI (21%, avec n=211) et les MS (16%, avec n=165). Les MS permettent la préhension et les MI la locomotion. Ils sont sollicités au quotidien au cours de l'activité professionnelle et/ou sportive.

La répétitivité des mouvements, les vibrations ainsi que les amplitudes articulaires parfois extrêmes (31) font des MS le lieu de l'apparition de douleurs musculo-squelettiques pouvant donner par la suite des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). Les douleurs musculo-squelettiques représentent donc la grande majorité des plaintes au sein de notre population et, à plus grande échelle, au sein de la population française dans d'autres cabinets d'ostéopathie (12, 13).

En France et dans tous secteurs confondus, les TMS concernent notamment l'épaule (30%), le poignet et la main (38%), le coude (22%) et le bas du dos (7%). Plus de 90% des TMS touchent donc les membres supérieurs (32).

La prévention des TMS représente donc un enjeu considérable pour le système de soins français, et donc pour l'ostéopathie. En effet, depuis 2003, ils ont augmenté de 60% (32).

Les plaintes les moins présentes se retrouvent au niveau du crâne (2%) et du thorax (4%). La population n'est-elle pas encore assez sensibilisée sur tous les domaines d'action de l'ostéopathie ? La catégorie « crâne » englobe la prise en charge des plagiocéphalies. Comme vu précédemment, la prise en charge des nourrissons à l'IFO-GA est faible : cela pourrait donc expliquer cette minorité.

4.3.2. Durée et fréquence

La douleur aiguë/subaiguë est observée en majorité (68%, avec n=677). Cela pourrait s'expliquer par le refus de prendre des médicaments pour certains individus, ce qui les orienterait donc vers des médecines plus douces comme l'ostéopathie (33). Les motifs de consultation chroniques représentent donc 32% (n=324) des motifs. L'ostéopathie, tout comme les autres « médecines non conventionnelles », est devenue une « solution incontournable pour améliorer la durée de vie et la qualité de vie des personnes malades chroniques ou à risque de le devenir. » (10)

D'autres études montrent la place de l'ostéopathie dans la prise en charge des maladies chroniques : selon Baugas (11) en 2013, 53% des patients consultent un ostéopathe plutôt que leur médecin traitant pour des douleurs chroniques et 47% pour des douleurs aiguës.

Parmi les données récoltées auprès des patients, est renseignée la personne ayant envoyé le patient à la clinique (médecin, proche, kiné...). Toutefois, cette catégorie n'a pas été incluse dans l'analyse statistique par manque de données. En effet, 60% des consultations ne comportaient pas d'indication concernant ces données. Parmi les 1001 patients, seulement 7 venaient de la part d'un médecin. Cela souligne néanmoins l'importance de démontrer l'efficacité de l'ostéopathie auprès du corps médical.

4.3.3. Ostéopathe, praticien de première intention

L'ostéopathe est un praticien de première intention habilité à recevoir directement le patient sans prescription médicale préalable. Il est formé à la pathologie afin de pouvoir exclure les maladies qui ne relèvent pas de son champ de compétence et ainsi référer le patient à la spécialité de santé la plus adéquate. L'exemple de la clinique de l'IFO-GA le confirme : 138 consultations (14%) ont nécessité la réalisation de tests médicaux en vue d'une potentielle exclusion du patient, parmi lesquels 32 se sont avérés positifs (23%) et 107 négatifs (77%). Dans l'échantillon, deux patients ont présenté un diagnostic d'exclusion et ont été réorientés vers leur médecin traitant.

4.4. Autres signes associés

Les troubles du système digestif sont les plus retrouvés lors de l'anamnèse (44%). Cela est en corrélation avec d'autres études montrant la prévalence des troubles digestifs au sein de la population française. En effet, « on estime que 62% des Français souffrent de troubles digestifs, 28% éprouvent une gêne dans leur vie quotidienne. » (34)

Le Docteur Tuzet de l'hôpital Beaujon annonce que « l'on estime à 28 millions, en France, le nombre de personnes présentant des TFI (Troubles fonctionnels intestinaux), dont la moitié (12.5 millions) se déclarent gênées. » (35)

Nous pouvons donc nous demander si ce sont les produits proposés par l'industrie ou bien l'inattention que porte le patient à son alimentation qui sont responsables de ces troubles ? L'échantillonnage s'est déroulé avant, mais aussi après les fêtes de fin d'année, ces dernières étant accompagnées d'une surconsommation alimentaire, ainsi qu'une consommation excessive de boissons (alcool, sodas).

Sur les 1001 patients, 328 indiquent avoir un sommeil perturbé (33%). Cette forte prévalence des troubles du sommeil ne se retrouve pas seulement dans notre échantillon. En effet, le Docteur Ohayon a affirmé, en 2007, que « près du tiers de la population se plaint d'un trouble du sommeil, et particulièrement d'insomnie, mais seulement 20 % de ces personnes sont correctement prises en charge. » (36)

De plus, 398 patients (40%) indiquent avoir un état général altéré (asthénie, troubles émotionnels). Chaque patient a connu dans sa vie des agressions physiques et

psychologiques. Au moment de l'anamnèse, il est important de prendre en considération l'état général du patient. En effet, « les contraintes psychologiques ont des répercussions sur l'équilibre physique et psychique de l'ensemble de l'organisme. Par conséquent, leur impact est global. » (14)

Le concept de globalité en ostéopathie est en adéquation avec la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Toutefois, il est important de souligner que cette définition a ses limites et qu'elle suscite de nombreux débats au sein de la communauté scientifique. (37)

4.5. Dysfonction primaire et motif de consultation

Les dysfonctions primaires sont retrouvées majoritairement localement au motif de consultation (46%). Cinq pourcents (n=54) des patients sont venus pour un bilan et n'ont donc pas servi à l'analyse statistique. De plus, 9% (n=91) des dysfonctions primaires étaient localisées au niveau des membranes de tension réciproque et n'ont pas été analysées. Tout comme les ligaments vertébraux communs antérieurs et postérieurs, elles ont été exclues afin de pouvoir différencier les étages cervical, thoracique et lombaire. En effet, elles ne permettaient pas de définir s'il y avait un ou plusieurs liens anatomiques entre la zone du motif et la zone de la structure en dysfonction.

La corrélation entre le lieu du motif de consultation et la dysfonction primaire est significative (P-value < 0,0001) et forte (V de Cramer =0,418).

Plusieurs hypothèses sont à envisager face à ce résultat. Tout d'abord, ce pourrait être dû à l'absence de mise en place de compensations à distance du motif, étant donné que la majorité des motifs était en phase aigüe.

L'anamnèse réalisée en début de séance pour définir le motif de consultation du patient pourrait, elle aussi, représenter un biais. Il est possible que l'ostéopathe soit influencé dans sa recherche de dysfonctions. En ostéopathie, l'adage « nous trouvons ce que nous cherchons » aurait peut-être un fond de vérité. Il serait ainsi intéressant d'évaluer la capacité d'un ostéopathe à retrouver le motif de consultation et/ou la dysfonction primaire sans réaliser d'anamnèse au préalable. Ceci est le propos central de notre projet de recherche.

4.6. Comparaison

Les résultats obtenus au terme des deux études épidémiologiques (Maillet 2018 et notre étude) sont similaires en grande partie malgré la différence de taille des échantillonnages.

La seule différence notable concerne la corrélation entre le lieu du motif de consultation et de la dysfonction primaire. Du fait d'avoir recueilli un plus grand nombre de données, le taux de significativité a augmenté.

En ce qui concerne le reste des résultats, ils se sont avérés très proches pour le ratio masculin-féminin, l'étendue d'âge, la moyenne d'âge, la représentativité des CSP, les caractéristiques des motifs de consultation (zone la plus fréquente, zone la moins fréquente, durée et fréquence), les systèmes les plus touchés, le pourcentage de patients présentant une altération du sommeil et/ou de l'état général ainsi que pour la localisation des dysfonctions primaires.

À l'issue de ces deux études épidémiologiques, il est possible de se questionner sur l'impact de l'anamnèse. Représente-t-elle un biais diagnostique au cours d'une séance d'ostéopathie ?

4.7. Étude préliminaire pour une validation d'une routine de tests

La prochaine étape de cette étude consiste donc en l'élaboration d'une routine de tests de bilan diagnostique reproductibles et fiables. Cette routine de tests, une fois validée scientifiquement, permettra d'évaluer la répercussion de l'anamnèse sur la recherche des dysfonctions. Dans le cadre de notre étude, nous avons réalisé une étude préliminaire de validation de cette routine de tests. L'échantillon ne comprenant pour l'instant que 22 patients, les résultats n'ont pas encore été pleinement analysés. Nous présentons le protocole de cette routine en annexe 5, comme une ouverture vers l'étape suivante du projet de recherche mené par le Pôle de Recherche Ostéopathique et Scientifique.

4.8. Biais et limites de l'étude

L'échantillonnage s'est déroulé sur cinq mois. Nous avons donc une représentation des motifs de consultation sur une seule période de l'année qui n'est donc pas représentative d'une année. En effet, la météo change à chaque saison et le froid, par exemple, est un des facteurs aggravant les contraintes mécaniques (30). Il serait donc judicieux de poursuivre l'étude et de visualiser si les motifs de consultation et leurs caractéristiques varient au cours de l'année en fonction des saisons.

De plus, dans l'article de Ioannidis intitulé *Pourquoi la plupart des résultats de recherche publiés sont-ils faux* (38), il déclare que « plus les études conduites dans un domaine scientifique sont petites, moins les résultats de recherche seront vraisemblablement vrais. »

La poursuite de cette étude à plus grande échelle est donc indispensable pour diminuer le biais d'échantillonnage.

5. CONCLUSION

Cette étude permet une analyse à plus grande échelle de la patientèle consultant à l'IFO-GA. Elle a permis de dresser un profil des patients consultant à la clinique sur une période de cinq mois. Ont été saisis et analysés les données sociodémographiques, les motifs de consultation et leurs caractéristiques, ainsi que les dysfonctions primaires retrouvées par les étudiants ostéopathes. Il s'agit de la première étude s'intéressant au lien entre la localisation du motif de consultation et le lieu de la dysfonction primaire. À l'issue de cette étude épidémiologique, de nouvelles problématiques s'imposent.

La structure de la dysfonction primaire est retrouvée la plupart du temps localement au lieu du motif de consultation. L'anamnèse n'influerait-elle pas sur l'ostéopathe lors de sa recherche de dysfonctions ? Ne représente-t-elle pas un biais diagnostique lors d'une séance d'ostéopathie ?

Pour répondre à ces questions, la prochaine étape de notre projet de recherche consiste donc en la validation d'une routine de tests de bilan diagnostique reproductibles et fiables, validée scientifiquement, et démarrée au cours de notre étude.

Au-delà d'être une étape majeure de notre projet pluriannuel, cette validation servira en cabinet ostéopathique et en clinique, afin de réaliser des bilans fiables et ainsi améliorer la prise en charge du patient.

Enfin, après validation de cette routine de tests, nous pourrons passer à la troisième étape du projet. Cette dernière consiste en l'évaluation de l'impact de la connaissance du motif de consultation sur la perception d'une restriction de mobilité tissulaire sur un panel représentatif de patients.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau I : Test V de Cramer

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Figure 2 : Répartition de l'âge

Figure 3 : Catégories socioprofessionnelles (CSP)

Figure 4 : Catégorisation du motif de consultation

Figure 5 : Catégorisation des motifs de consultation selon l'échantillonnage

Figure 6 : Répartition des motifs de consultation au sein des rachialgies

Tableau II : Caractéristiques des motifs de consultation (n=1001)

Figure 7 : Atteinte des différents systèmes

Figure 8 : Catégorisation des motifs de consultations et dysfonctions primaires

Figure 9 : Catégorisation des motifs de consultation et des dysfonctions primaires selon l'échantillonnage

Figure 10 : Répartition des motifs selon les mois

TABLE DES ABRÉVIATIONS

CSP : Catégories socioprofessionnelles

EBM : Evidence Based Medicine

IFO-GA : Institut de Formation en Ostéopathie du Grand Avignon

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MNC : Médecines Non Conventionnelles

MI : Membre Inférieur

MS : Membre Supérieur

NCB : Névralgie Cervico-Brachiale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TFI : Troubles Fonctionnels Intestinaux

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

LISTE DES RÉFÉRENCES

1. Maillet A. Étude épidémiologique de la patientèle de l'école d'ostéopathie IFOGA [Mémoire] Avignon : IFOGA ; 2018.
2. Beaufreton S. Recourir ou ne pas recourir à l'ostéopathie, telle est la question [Thèse] Rouen : Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie ; 2016.
3. Peltzer K, Pengpid S. Prevalence and Determinants of Traditional, Complementary and Alternative Medicine Provider Use among Adults from 32 Countries. Chin J Integr Med ; 2016.
4. Flandrin Mouallem A. Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group [Thèse] Nantes : Faculté de Médecine ; 2013.
5. Genuyt B. Apport de la médecine manuelle ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale [Thèse] Brest : Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé ; 2017.
6. Roudier A. Recours aux approches complémentaires en médecine : revue de la littérature et enquête dans un cabinet de médecine générale [Thèse] Paris : Faculté de Médecine ; 2014.
7. Massard J.A. Histoire de la médecine. Luxembourg : Centre Universitaire de Luxembourg ; 2002, 165 p.
8. Utard G. Evidence Based Medicine - la médecine fondée sur les preuves. France : Université Paris Descartes ; 2011, 25 p.
9. Barry C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. INSERM : Revue de la littérature médicale scientifique et de la littérature destinée aux professionnels ; 2012.
10. Ninot G. Démontrer l'efficacité des interventions non médicamenteuses : Question de points de vue. Montpellier : Presse universitaire de la Méditerranée ; 2013. 236 p.
11. Baugas E. Profil et motivations des patients consultant en ostéopathie [Thèse] Nantes : Faculté de Médecine ; 2013.
12. Dubois T. Douleurs en cabinet d'ostéopathie : étude prospective descriptive des motifs de consultation des patients consultant en cabinet d'ostéopathie. Actes du congrès de la SFETD, Lille ; 21-24. Novembre 2012.

13. Dubois T. Étude des Motifs de consultation en Ostéopathie ; 2015.
14. Dixneuf A. La dysfonction ostéopathique. Avignon : Tita ; Essais, 2017. 100p
15. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2014/11 du 15 décembre 2014, Page 3. Arrêté ministériel du 12 décembre 2014. Disponible sur ce site : <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/page/6571-Arrete-du-12-decembre-2014-relatif-la-formation-en-osteopathie-JORF-0289-du-14-decembre-2014.pdf> - 15/05/19.
16. Chauffour P, Prat E. Le lien mécanique ostéopathique : Lésions ostéopathiques de l'os. Vannes : Sully ; 2003.
17. Kamina P. Anatomie Clinique Tome 1 : Anatomie générale - Membres. Paris : Maloine ; 2009, 577 p.
18. Van Buskirk R. Nociceptive reflexes and the somatic dysfunction : A model. JAOA 1990 ; Vol 90, No 9. 792-809.
19. Fryer G. Somatic Dysfunction : An Osteopathic Conundrum. IJOM ; 2016.
20. Licciardone J, Keams C. Somatic Dysfunction and Use of Osteopathic Manual Treatment Techniques During Ambulatory Medical Care Visits : A CONCORD-PBRN Study. The Journal of the American Osteopathic Association 2014, Vol 114, No 5. 344-355.
21. <https://www.webdepot.umontreal.ca/Usagers/p0706916/MonDepotPublic/>- 15/05/19.
22. <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique> -15/05/19.
23. Bernell S, Howard S. Use Your Words Carefully : What is a Chronic Disease ? Front Public Health 2016; 4.
24. Oudot A-C. Pourquoi les parents consultent-ils un ostéopathe pour leur nourrisson ? [Thèse] Nantes ; 2011.
25. <https://seropp.org/legislation/> - 15/05/19.
26. <http://www.agroparc.com/en/annuaire-des-entreprises> - 15/05/19.
27. Cohen J, Daviaud I, Le Glatin L, Guillaume J. Étude descriptive des patients consultant à la clinique d'un établissement de formation à l'ostéopathie de 2011 à 2013. La revue de l'ostéopathie. 2016 ; 16 : 5-12.
28. Blanchard G. Panorama des dysfonctions ostéopathiques dans une population qui ne consulte pas en cabinet [Mémoire] Avignon : IFO-GA ; 2018.
29. Kamina P. Anatomie Clinique. France : Maloine ; 4^e édition; Tête cou dos, t 2. 2013. 407 p.

30. <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/ce-qu-il-faut-retenir.html> - 15/05/2019.
31. Aptel M, Cail F, Aublet-Cuvelier A. Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur (TMS-MS) : Guide pour les préventeurs. INRS ; 2011.
32. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques> - 15/05/19.
33. Westmoreland JL, Williams NH. Should your GP be an osteopath ? Patients' views of fans osteopathy clinic based in primary care ; 2007.
34. CND. Troubles digestifs. Pantin : Département des ressources professionnelles ; 2014.
35. <http://institutdanone.org/objectif-nutrition/troubles-fonctionnels-intestinaux-et-alimentation/dossier-troubles-fonctionnels-intestinaux-et-alimentation/> - 15/05/19.
36. Ohayon M. Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. La revue du praticien. 2007 ; 57. 1521-1528.
37. Conférence de Bruno Falissard à l'ICEPS ; 2019.
38. Ioannidis J. Why most published research findings are false. PLOS Medicine ; 2005 ; Volume 2. 696-701.

BIBLIOGRAPHIE

- Comeaux Z. Incendie sur la prairie : Andrew Taylor STILL et le rayonnement de l'ostéopathie. Avignon : Tita. 2016. 244p.
- Consorti G, Basile F. Interrater Reliability of Osteopathic Sacral Palpatory Diagnostic Tests Among Osteopathy Students. JAOA ; 2018 ; 118(10): 637-644.
- Dixneuf A. Ostéopathie et globalité. Avignon : Tita ; Essais, 2016. 84p.
- Korr I. Proprioceptors and somatic dysfunction. JAOA 1975; 74. 123-135.
- Korr I. Bases physiologiques de l'ostéopathie. Paris : Frison Roche. 1996. 212p.
- Thomson O, Petty N. Clinical reasoning in osteopathy – More than just principles ? IJOS ; 2011. 14: 71-76.
- Thomson O, Petty N. Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy. IJOS ; 2013. 16: 25-32.
- Thomson O, Petty N. Osteopaths' professional views, identities and conceptions – A qualitative grounded theory study. IJOS ; 2014. 17: 146-159.

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos	3
1. Introduction.....	3
2. Matériel et méthodes.....	5
2.1 <i>Définition</i>	5
2.2 <i>Matériel</i>	6
2.2.1. Population et échantillonnage	6
2.2.2. Fiche patient numérique.....	6
2.3 <i>Méthodes</i>	6
2.3.1. Méthode d'échantillonnage.....	6
2.3.2. Données récoltées.....	7
2.3.3. Classification du motif de consultation.....	7
2.3.4. Localisation des dysfonctions primaires	8
2.3.4.1 Dysfonction primaire locale ou à distance.....	8
2.3.4.2 Classification des dysfonctions.....	8
2.3.5. Analyse statistique	8
3. Résultats	9
3.1. <i>Diagramme de flux</i>	9
3.2. <i>Profil démographique</i>	10
3.3. <i>Profil ostéopathique</i>	11
3.3.1. Motifs de consultation.....	11
3.3.2. Caractéristiques des motifs de consultation	13
3.3.3. État général du patient et atteintes des systèmes.....	13
3.3.3.1. Les différents systèmes.....	13
3.3.3.2. État général et sommeil.....	14
3.3.4. Dysfonction primaire	14
3.3.4.1. Locale ou à distance du motif de consultation.....	14
3.3.4.2. Catégorisation des dysfonctions primaires	15
3.3.4.3. Répartition des motifs en fonction des mois.....	16
3.3.4.4. Test de corrélation et de contingence	16
4. Discussion.....	17
4.1. <i>Âge</i>	17
4.2. <i>CSP</i>	17
4.2.1. CSP les plus représentées.....	17
4.2.2. CSP les moins représentées.....	18
4.3. <i>Motif de consultation</i>	19
4.3.1. Localisation.....	19
4.3.2. Durée et fréquence	20
4.3.3. Ostéopathe, praticien de première intention.....	21
4.4. <i>Autres signes associés</i>	21
4.5. <i>Dysfonction primaire et motif de consultation</i>	22
4.6. <i>Comparaison</i>	23
4.7. <i>Étude préliminaire pour une validation d'une routine de tests</i>	23
4.8. <i>Biais et limites de l'étude</i>	24
5. Conclusion.....	24

Table des illustrations	26
Table des abréviations	26
Liste des références	27
Bibliographie	30
Annexes	33
<i>Annexe 1 - Exemple de fiche patient sur NGostéo</i>	<i>33</i>
<i>Annexe 2 - Fiche d'informations sur la saisie des données</i>	<i>34</i>
<i>Annexe 3 - Classes d'âge IFO-GA et INSEE</i>	<i>35</i>
<i>Annexe 4 - Classes d'âge IFO-GA et INED.....</i>	<i>35</i>
<i>Annexe 5 - Étude préliminaire pour une validation d'une routine de tests</i>	<i>36</i>
Résumé	43
Abstract.....	43

ANNEXES

Annexe 1 - Exemple de fiche patient sur NGostéo

NG Ostéo v1.0.E	Consultation	Patient	Etudiant
Information Patient			
M. <input type="text"/>	Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>	
Date de naissance			
<input type="text"/>	Date <input type="text"/>		
Médecin Traitant : <input type="text"/>			
Origine : <input type="text"/>			
Envoyé par : <input type="text"/>			
Profession : <input type="text"/>			
Adresse <input type="text"/>			
C. P. <input type="text"/> Ville <input type="text"/>			
Téléphone Fixe : <input type="text"/>			
Téléphone Mobile : <input type="text"/>			
			
<input type="button" value="Enregistrer"/>			
Antécédent			
Ajouter <input type="button" value="Ajouter"/>			
Traumatisme et Chirurgicaux			
Familiaux			
Divers - Etat général			
Consultations			
Consultation Actuelle			
Date : 30/04/2018	Tuteur : <input type="text"/>	Etudiant : <input type="text"/>	Etude : <input type="text"/>
Motif : <input type="text"/>			
Autres Signes : <input type="text"/>			
Etat général : <input type="text"/>			
Diagnostic différentiel et exclusion : <input type="text"/>			
Sommeil : <input type="text"/>			
Traitement : <input type="text"/>			
Conseil : <input type="text"/>			

Annexe 2 - Fiche d'informations sur la saisie des données

Motif de consultation : Nommer le motif complet.

Ex : Lombalgie en barre

Autres signes : Il faudra mettre un / après chaque information du motif, donner les informations dans l'ordre et mettre RAS si rien de particulier.

=> Quand / Comment / Irradiations / Matin, après-midi, soir, nuit / Périodicité / Aggravé par / Calmé par

Ex : depuis 1 semaine / Chute de vélo / RAS / journée entière / RAS / flexion du tronc / doliprane/

Ensuite, vous faites 2x barre d'entrée et vous notez les informations sur les systèmes uniquement si elles vous paraissent importantes et vous mettez un / entre chaque information.

Diagnostic différentiel : Il faudra mettre les dysfonctions I, II et l'exclusion

=> Dysfonction I / Dysfonction II / Exclusion (- ou +)

Ex : - Iliaque ant, L3 ERS G / tête fibulaire ant D, sacrum DD / Test compression, distraction

- Temporal D, C3 FRS G / C1 rot G, SSB torsion D / RAS

Traitement : Indiquer la zone que vous traitez et sa dysfonction

Ex : iliaque ant, psoas D, sacrum GG, L3 ERS G, pilier diaphragme G

En dessous des antécédents, vous avez un onglet avec Divers-EG :

Cliquez dessus et entrez les activités du patient (activité manuelle, sportive, musicale,...)

Ex : Escalade 2x 1h30 par semaine.

Annexe 3 - Classes d'âge IFO-GA et INSEE

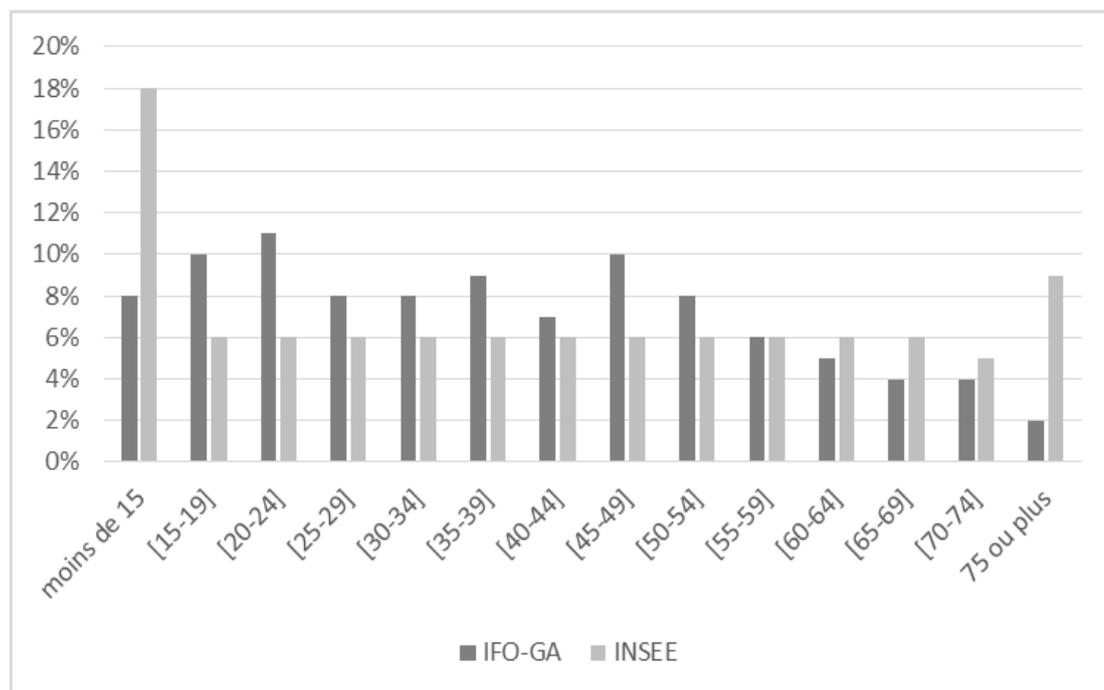


Figure S 1 Comparaison de la représentation des classes d'âge entre l'IFOGA et l'INSEE

Annexe 4 - Classes d'âge IFO-GA et INED

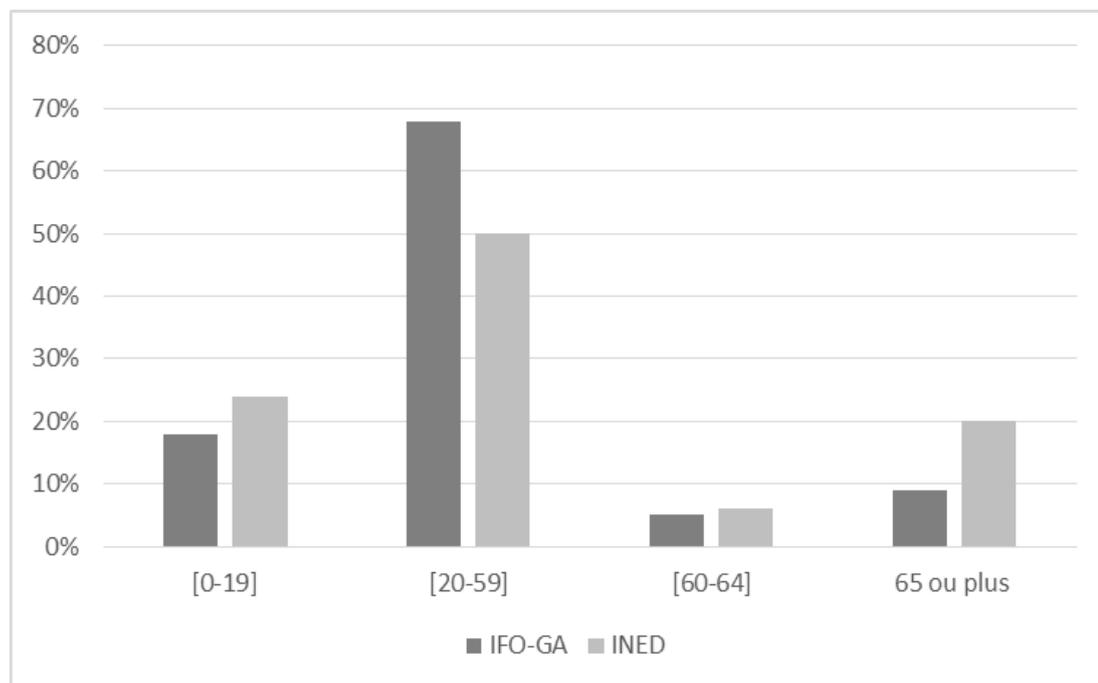


Figure S 2 Comparaison de la représentation des classes d'âge entre l'IFOGA et l'INED

Annexe 5 - Étude préliminaire pour une validation d'une routine de tests

1. INTRODUCTION

Cette étude préliminaire a été mise en place dans le but de vérifier que les tests ostéopathiques, réalisés à la suite de l'anamnèse, sont fiables et reproductibles d'un ostéopathe à un autre. Cette pré-étude permet de donner de la valeur et de la crédibilité au projet de recherche mené par le PROS de l'IFO-GA, concernant l'étude du biais diagnostique en ostéopathie.

Cette routine de tests, une fois validée scientifiquement, permettra d'évaluer la répercussion de l'anamnèse sur la recherche des dysfonctions. L'échantillon ne comprenant pour l'instant que 22 patients, les résultats n'ont pas encore été pleinement analysés.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Population d'échantillonnage

La population étudiée est la population pouvant être amenée à consulter en ostéopathie. Cela signifie qu'aucun critère d'inclusion, de non-inclusion ni d'exclusion n'a été retenu.

Au total, l'étude préliminaire comptabilise 22 patients qui ont été recrutés parmi les étudiants de l'IFO-GA pour faciliter la réalisation du protocole de tests. Néanmoins, pour valider ce protocole de tests à plus grande échelle, le recrutement se fera sur des patients extérieurs pour obtenir des résultats représentatifs de la population générale.

2.2 Méthodes

2.2.1. Routine de tests

Une routine de tests présentée en Annexe 5a a été mise en place après des étapes successives de sélection des tests ostéopathiques pertinents. Les praticiens ont été accompagnés dans cette étape par des ostéopathes D.O de l'IFO-GA.

La routine inclut trente tests répartis sur les zones : Rachis, Thorax, Bassin, Membres inférieurs, Membres supérieurs, Viscéral, Crâne.

2.2.2. Protocole

Trois praticiens (A, B, C) ont été recrutés afin d'évaluer la corrélation inter-praticien (la fiabilité d'un test nécessitant sa reproductibilité). En augmentant le nombre de praticiens, les résultats s'avèreraient d'autant plus fiables, mais le recrutement n'a pas excédé trois praticiens afin d'éviter d'altérer l'élasticité des tissus par la répétition des tests. ¹

Les trois praticiens réalisent la routine de tests (Annexe 5a) et la remplissent au fur et à mesure de la réalisation des tests. À la fin, ils définissent la zone retrouvée la plus en restriction de mobilité parmi toutes celles testées.

2.2.3. Randomisation

Puisque l'étude compte trois praticiens et que les praticiens doivent tester tous les patients, une randomisation par bloc de six a été effectuée. Des groupes de six patients ont été constitués afin de couvrir toutes les possibilités de passage. De cette manière, les six patients d'un même groupe ont tous été testés dans un ordre différent, à la fois l'ordre des praticiens et l'ordre des tests afin d'éviter tout biais scientifique (Annexe 5b).

Lors de la reproduction à grande échelle de cette routine de tests, les patients se verront attribuer un numéro entre 1 et 6 à l'aide d'un tableau de randomisation.

2.3 Analyses statistiques

Pour mesurer l'accord entre les trois praticiens (A, B et C), le Kappa de Fleiss sera utilisé. L'interprétation d'un Kappa se situe toujours entre 0 et 1. Plus le résultat est proche de 1, plus l'accord entre les praticiens est parfait.

Dans le cadre de l'étude préliminaire présentée ici, l'échantillon n'était pas suffisant pour que les Kappa soient représentatifs d'un accord. L'accord inter praticien n'a pour l'instant été évalué qu'à partir d'un pourcentage du nombre de fois où deux ou trois des praticiens étaient en accord.

¹ GRANGER A, ROZIER J, VINAY C. Approche comparative de trois tests ostéopathiques ; 2014

3. RÉSULTATS

3.1 Accord inter-praticien

La zone la plus en restriction a été retrouvée au même endroit pour 82% des patients (18 individus sur 22) dont :

- 44% par trois praticiens,
- 56% par deux praticiens.

3.2 Durée de la routine bilan

La réalisation de la routine bilan a été chronométrée une fois maîtrisée et acquise par les praticiens A, B et C. Le temps de réalisation a été évalué à sept minutes environ. Cela permet ainsi d'éviter de réaliser un même test plusieurs fois et donc de commencer à modifier la résistance de la structure testée. De ce fait, la perception de la mobilité de la structure testée n'est pas faussée.

4. DISCUSSION

À ce stade de l'étude, la cohérence inter-praticien est élevée (82%).

Cependant, les résultats ne peuvent être jugés comme significatifs pour cause de biais multiples qu'il faudra tenter de diminuer au maximum lors de la poursuite de l'étude :

- Le panel de patients testés devra être plus conséquent afin d'éviter le biais d'échantillonnage ;
- Seront non inclus dans l'étude les étudiants de l'IFO-GA pour éviter le biais d'information ;
- Une personne extérieure et non initiée à la routine de tests devra être recrutée pour reporter les résultats de façon impartiale.

En effet, la cohérence inter praticien serait-elle aussi élevée avec un plus grand nombre de patients testés ?

5. CONCLUSION

Cette deuxième étape du projet de recherche consiste donc en une étude préliminaire permettant l'élaboration d'une routine de tests bilan. Cette étape fournit des tests qui semblent fiables et reproductibles. La routine a été testée sur 22 patients et permet

d'effectuer un bilan en 7 minutes en moyenne avec une cohérence de 82% entre les praticiens. Il est nécessaire de la poursuivre à plus grande échelle et de tester l'accord entre les praticiens en utilisant le Kappa de Fleiss. Cette routine de tests, une fois validée scientifiquement, permettra d'évaluer la répercussion de l'anamnèse sur la recherche des dysfonctions.

Praticien :

.....

Numéro :

.....

Patient :

.....

Annexe 5a - Routine de tests

1. Patient assis sur la table

Zone anatomique testée : RACHIS-THORAX

TEST	RESTRICTION(S) RETROUVÉE(S)
Rocking cervical
Rocking thoracique
Rocking lombaire
Rocking costal
Test respiratoire de K1	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS

2. Patient en décubitus ventral avec les pieds en dehors de table

Zone anatomique testée : BASSIN

TEST	RESTRICTION(S) RETROUVÉE(S)
Rebond sacré
Positionnel sacré
Rebond coccygien
Positionnel coccygien
Rocking lombaire (si irréalisable, patient assis)

3. Patient en décubitus dorsal, bras le long du corps

Roulement des iliaques
Rebond des branches pubiennes

Zone anatomique testée : MEMBRES INFÉRIEURS

TEST	RESTRICTION(S) RETROUVÉE(S)
Compression dans l'axe : coxo-fémorales	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS
Compression dans l'axe : genoux	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS
Compression dans l'axe : chevilles	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS
Test de flexion plantaire des avant-pieds	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS

Zone anatomique testée : MEMBRES SUPÉRIEURS

TEST : compression dans l'axe	RESTRICTION(S) RETROUVÉE(S)
Compression dans l'axe : mains	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS
Compression dans l'axe : poignets	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS
Compression dans l'axe : coudes	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS
Compression dans l'axe : ceinture scapulaire	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS

Zone anatomique testée : VISCÉRAL (patient avec les jambes pliées)

TEST		RESTRICTION(S) RETROUVÉE(S)
<i>Viscéral abdominal digestif</i>	Test des cadrans abdominaux
	Test du diaphragme (coupes et piliers)
<i>Loge viscérale du cou / Viscéral cardio thoracique</i>	Test sternal (mouvement de tampon buvard)
<i>Viscéral uro génital</i>	Test des cadrans du périnée
	Rebond sacré

Zone anatomique testée : CRÂNE

TEST	Résultat(s)
Décompression de la base du crâne	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS
Mobilité de la 1 ^{ère} vertèbre cervicale en oculo-céphalogyre	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS
Écoute : - à 4 doigts de la SSB - de la voûte (4 cadrans) - de la face (6 cadrans)
Dermalgie au niveau des ATM	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> RAS
Système crânio-sacré	<input type="checkbox"/> Sychrone <input type="checkbox"/> Asychrone <input type="checkbox"/> Hypomobile

Zone anatomique retrouvée la plus en restriction de mobilité par le praticien :

.....

Annexe 5b - Possibilité de répartition aléatoire

1. P_A Laura
P_B Audrey
P_C Chloé

	P _A	P _B	P _C
Laura	X		
Audrey		X	
Chloé			X

2. P_A Laura
P_B Chloé
P_C Audrey

	P _A	P _B	P _C
Laura	X		
Audrey			X
Chloé		X	

3. P_A Audrey
P_B Laura
P_C Chloé

	P _A	P _B	P _C
Laura		X	
Audrey	X		
Chloé			X

4. P_A Audrey
P_B Chloé
P_C Laura

	P _A	P _B	P _C
Laura			X
Audrey	X		
Chloé		X	

5. P_A Chloé
P_B Audrey
P_C Laura

	P _A	P _B	P _C
Laura			X
Audrey		X	
Chloé	X		

6. P_A Chloé
P_B Laura
P_C Audrey

	P _A	P _B	P _C
Laura		X	
Audrey			X
Chloé	X		

RÉSUMÉ

La clinique ostéopathique de l'IFO-GA reçoit environ 4000 patients par an. Lors des consultations, des informations démographiques, sanitaires et ostéopathiques sont recueillies, dont le motif de consultation. Des tests ostéopathiques permettent ensuite de localiser la dysfonction primaire et ainsi de poser un diagnostic ostéopathique. Toutefois, la connaissance du motif de consultation pourrait introduire un biais diagnostique. Pour le déterminer, un projet est mené par le Pôle de Recherche de l'IFO-GA depuis 2018.

En première étape, nous dressons ici un profil des 1001 patients reçus de décembre 2017 à avril 2018. L'échantillon présente 60% de femmes et 37% de personnes sans activité professionnelle. Les 16-23ans représentent 18% des individus. La rachialgie est le principal motif de consultation (55%) et les dysfonctions primaires se situent localement au motif de consultation dans 46% des cas.

Notre deuxième étape concerne une étude préliminaire d'élaboration d'une routine de tests bilan. Elle propose des tests fiables et reproductibles pour l'évaluation du biais diagnostique aux étapes suivantes. La routine a été testée sur 22 patients et permet d'effectuer un bilan en 7 minutes en moyenne avec une cohérence de 82% entre les praticiens.

Mots clés : ostéopathie ; dysfonction primaire ; diagnostic ; biais ; routine.

ABSTRACT

The osteopathic clinic of IFO-GA welcomes more than 4000 patients a year. During the consultation, demographic health, medical and osteopathic information are collected, among which the reasons for consultation. Then, osteopathic tests help to identify the primary dysfunction and lead to an osteopathic diagnosis. However, knowing the reason for consultation might influence the diagnosis and the treatment. To confirm or invalidate this fact, a research project is conducted by the IFO-GA centre of research.

The first step, presented here, draws the profile of 1001 patients of to the osteopathic clinic from December 2017 to April 2018. The sample group includes a majority of women (60%) but also unemployed people and students (37%). Patients between 16 and 23 years account for 18% of the sample group. The main reason for consultation is spinal pain (55%). The primary dysfunctions are close to the reason for consultation in 46% of cases.

The second phase consists in a preliminary study to validate a run of routine tests, which are essential in the upcoming steps of the project. If these tests are reliable, they will be used for the diagnostic bias assessment. This routine has been tested on 22 patients and can be done in 7 minutes on average. At least, 82% of the osteopaths come to the same diagnosis.

Keywords : osteopathy ; primary dysfunction ; diagnosis ; bias ; routine.