

# Les étapes clés de l'examen physique ostéopathique dans un contexte de lombalgie – Une étude qualitative

## Key steps of osteopathic physical examination in patients with low back pain: a qualitative study

(Abstract on page 122)

## Schlüsselschritte der osteopathischen körperlichen Untersuchung im Zusammenhang mit Rückenschmerzen: eine qualitative Studie

(Zusammenfassung auf Seite 122)

Elina Pittet<sup>1</sup> (MSc), Katia Iglesias<sup>1</sup> (MSc, PhD), Jean-Baptiste Pellissier<sup>1</sup> (DiO), Paul Vaucher<sup>2</sup> (DiO, MSc, PhD)

Mains Libres 2024; 1: 110-123 | DOI: 10.55498/MAINSLIBRES.2024.12.2.110

L'étude a été approuvée par l'organe éthique institutionnel. Chaque participant a donné son consentement

éclairé pour participer. À l'exception du document d'informations socio-démographiques gardé séparément, tous les documents de données ont été pseudonymisés via des numéros attribués à chaque participant. Toutes les données ont été stockées et archivées conformément à la législation suisse quant à la protection des données. Les données collectées sont archivées à la Haute École de Santé de Fribourg (HEdS-FR) jusqu'en décembre 2031 après quoi elles seront détruites.

L'étude a été entièrement financée par HEdS-FR et OsteoPole.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt dans la rédaction de cet article.

Article reçu le 10 janvier 2024, accepté le 8 mai 2024.

**MOTS-CLÉS** examen physique / ostéopathie / raisonnement clinique / étude qualitative

### RÉSUMÉ

**Contexte :** Les modèles existants pour expliquer les étapes de l'examen physique en ostéopathie restent peu développés et ne permettent pas de comprendre les processus en jeu.

**Objectif :** En se focalisant sur la lombalgie, cette étude vise à décrire les différentes étapes du raisonnement clinique de l'examen physique ostéopathique et d'identifier les éléments qui influencent ce processus.

**Méthode :** Des entretiens semi-structurés auprès de douze ostéopathes francophones travaillant en Suisse ont été effectués. Les unités de sens pertinentes ont été extraites en effectuant une analyse thématique. Les résultats ont été affinés et validés par les participants à l'aide d'un processus de consensus en deux tours.

**Résultats :** Cinq étapes clés ont été identifiées : l'investigation générale, l'exploration de la plainte, l'orientation fonctionnelle, l'identification des paramètres spécifiques et l'évaluation de l'intégration des changements. La routine d'examen physique serait modifiée par les valeurs du patient, l'idée préalable du fonctionnement du patient, ses attitudes et schémas ainsi que ses ressources. Ces résultats ont été validés par les ostéopathes ayant participé au consensus.

**Conclusion :** L'étude a permis de décrire un processus de raisonnement en cinq étapes pour l'examen physique ostéopathique dans un contexte de lombalgie. Ces résultats pourraient dépasser la lombalgie et indiquer un possible consensus dans le raisonnement de l'examen physique en général. La complexité du processus met en avant l'importance du vécu du patient, en mettant l'accent sur la réévaluation et la ratification post-traitement. L'utilisation de ces résultats pourrait favoriser la communication entre professionnels de la santé.

### CONTEXTE

Dans les pratiques de premier recours tel que l'ostéopathie, l'examen physique (défini ici comme uniquement l'évaluation physique du patient sans l'anamnèse, pour correspondre à la littérature anglophone) tient une place importante dans le processus décisionnel<sup>(1)</sup>. En ostéopathie, l'examen physique comprend un dépistage biomédical initial pour une pathologie grave, suivi d'une analyse et d'une interprétation fonctionnelle des symptômes ou troubles évoqués<sup>(2-8)</sup>. Pour ceci, l'ostéopathie a développé différents tests afin de se représenter le fonctionnement du patient, en investiguant entre autre l'origine nociceptive de la plainte, l'amplitude et la qualité de mouvement, la qualité d'arrêt du mouvement, le changement de texture tissulaire, etc.<sup>(9,10)</sup>. Cet examen physique est supposé identifier des « dysfonctions somatiques » qui, dans l'interprétation de leurs relations et de leurs causes, constituent un « diagnostic ostéopathique »<sup>(11,12)</sup>. Cependant, cette notion de « diagnostic ostéopathique », comme étant la recherche de dysfonctions somatiques, est devenue controversée<sup>(6,8,9,14)</sup>. Les ostéopathes ont d'ailleurs fréquemment recours à des tests cliniques qui, pris isolément, manquent de fiabilité<sup>(15)</sup>. D'autre part, malgré des décennies de recherche, il n'a pas été possible de trouver un consensus sur le mécanisme physiopathologique aboutissant à la dysfonction somatique<sup>(8)</sup>. L'approche purement hypothético-déductive semble peu utilisée pour aboutir au plan thérapeutique en ostéopathie<sup>(3,16)</sup>. L'ostéopathe aurait également recouru à une interprétation subjective/intuitive/heuristique qui contribuerait à l'analyse de la situation<sup>(17,18)</sup>. Dans ce contexte, peu d'études décrivent le contenu et l'interprétation de l'examen physique ostéopathique. L'une d'elle consiste en une étude observationnelle de Dinnar et al. de

<sup>1</sup> Haute Ecole de Santé Fribourg, Haute Ecole Spécialisée Suisse Occidentale (HES-SO), Route des Arsenal 16A, CH-1400 Fribourg

<sup>2</sup> Swiss Distance University of Applied Sciences, Département de la Santé, Schinerstrasse 18 CH-3900 Brigue

1980 aux Etats-Unis<sup>(13)</sup>, où les auteurs ont rassemblé les différents tests ostéopathiques du système musculosquelettique en cinq classes basées sur ce qui est testé (Tableau 1). Ce modèle éclaire cependant peu sur le but de ces tests et comment les intégrer dans un raisonnement plus général.

On trouve d'autres modèles qui visent à organiser l'examen physique selon les positions du patient (ex. debout, assis, couché)<sup>(4,19)</sup>. Ces modèles n'expliquent cependant pas le raisonnement clinique sous-jacent. Ce défaut de fondement théorique solide pour expliquer le raisonnement clinique est partagé avec d'autres disciplines de santé<sup>(20)</sup>. Aujourd'hui, il n'existe pas de directive spécifique pour l'organisation de l'examen physique; ceci autant dans le document des indications pour la formation ostéopathique de l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>(7)</sup> que dans son équivalent Suisse<sup>(2)</sup>.

Les recherches de ces 20 dernières années, notamment en lombalgie commune, permettent de mieux cerner la complexité de l'investigation clinique. Celle-ci se focalise de plus en plus sur les causes environnementales de la plainte, sur l'interprétation du patient de ses symptômes et du sens qu'il leur donne<sup>(21)</sup>. La lombalgie représente ainsi un point de départ intéressant pour explorer la complexité de l'examen physique, étant également le motif de consultation le plus courant en ostéopathie<sup>(22)</sup>. La recherche progresse dans le domaine du raisonnement clinique en ostéopathie<sup>(6,9,15,17,22-24)</sup>, mais elle n'a, pour l'instant, pas de cadre théorique solide par rapport à son examen physique, que ce soit pour la lombalgie ou même plus globalement<sup>(3,9,25)</sup>. Plusieurs études décrivent ce que les ostéopathes font<sup>(10,22,26)</sup>, mais très peu explorent les raisons sous-jacentes.

## OBJECTIF

Cette étude qualitative visait à décrire et comprendre, depuis l'expérience vécue des ostéopathes, le déroulement de leur examen physique, via leur approche de cas de lombalgie commune. Plus précisément, elle a comme objectif de décrire les différentes étapes du raisonnement clinique lors de l'examen physique en ostéopathie et d'identifier les éléments qui amènent l'ostéopathe à adapter sa routine d'examen.

## MÉTHODE

### *Orientation méthodologique, bases ontologiques et épistémologiques*

Cette étude visait à recenser et documenter les thèmes abordés dans la narration d'ostéopathes parlant de leur expérience personnelle sur leur examen physique en ostéopathie dans le cadre de la lombalgie. Le but était de décrire et comprendre le processus "sous-jacent" et proposer un modèle décrivant les étapes. Pour cela, une analyse thématique<sup>(27)</sup> a été effectuée sur le corpus des réponses.

### *Population cible, échantillonnage et taille*

La population cible étaient les ostéopathes pratiquant en Suisse (ostéopathe CDS-GDK, MscOst ou en cours de reconnaissance Croix-Rouge) parlant couramment français ou anglais. Un échantillon de convenance a été sélectionné. Les deux premiers ostéopathes ont été recrutés parmi des enseignants de la filière en ostéopathie de la HEdS-FR. Les autres ostéopathes ont été sélectionnés en fonction des recommandations des participants selon une approche de recrutement par boule de neige tout en respectant les diversités de pratique. Fryer et al.<sup>(26)</sup> ont observé une variabilité des tests utilisés selon le genre, le nombre d'années d'expérience, et le lieu de formation (style de pratique et approche clinique). Le recrutement visait donc à assurer une hétérogénéité de ces critères.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données. Celle-ci est définie comme le moment où les nouvelles données récoltées sont en redondance avec celles déjà obtenues, soit l'absence de nouveau thème dans deux entretiens d'affilés et la possibilité de classer tous les items identifiés dans ceux déjà existants<sup>(29,30)</sup>.

### *Description des entretiens*

Le guide d'entretien a été réalisé par une étudiante en ostéopathie, un ostéopathe et une psychologue expérimentée en recherche qualitative. Les entretiens ont été menés par l'étudiante. L'ensemble de la procédure de l'étude a été testée au préalable deux fois. Les données du deuxième entretien ont finalement été utilisées dans l'étude, avec l'accord du

**Tableau 1**

Classification des tests ostéopathiques selon Dinnar et al.<sup>(13)</sup>

Classe I : Impressions générales	Classe II : Tests régionaux de mouvement	Classe III : Tests des repères anatomiques	Classe IV : Evaluations des tissus superficiels et profonds	Classe V : Réponses locales à la mobilisation
observation et palpation générale du patient permettant d'avoir une idée globale de son fonctionnement	tests de mobilité "globale", correspondant à l'évaluation de mouvements que le patient peut faire de lui-même lorsque les articulations sont fonctionnelles	tests positionnels des repères anatomiques de base, en statique ou en actif pour détecter de possibles asymétries	tests palpatoires superficiels et profonds locaux pour évaluer la qualité du tissu, aussi appelés tests tissulaires. Elle comprend également les tests médicaux de recherche d'une cause non fonctionnelle de la pathologie	tests de mobilité "spécifique", c'est-à-dire de mobilité de l'articulation dans tous ses axes afin d'évaluer s'il existe une quelconque restriction de mobilité dans un des paramètres

participant. Le guide d'entretien était ensuite adapté à la suite de l'analyse de chaque paire d'entretien. Ces entretiens étaient réalisés soit en présentiel avec un enregistrement audio, soit par vidéo-conférence avec un enregistrement vidéo.

*Phases de l'entretien*

L'entretien se déroulait en quatre phases : une phase d'introduction, une phase de mise en situation via des vignettes cliniques permettant à chaque participant de décrire son processus d'examen physique usuel, une phase de discussion du processus décrit et de leur processus d'examen physique en général, puis une dernière phase de commentaires libres et de conclusion. La première phase de l'entretien correspondait à une courte introduction sur le sujet, le vocabulaire utilisé et le déroulement de l'entretien, et à la récolte des informations personnelles du participant. La deuxième phase était une mise en situation des participants via des vignettes cliniques : afin de faciliter leur engagement et de lancer la discussion, il a été demandé aux participants de se projeter dans une situation clinique usuelle dont ils avaient l'expérience : une personne adulte se présentant en consultation avec une lombalgie aigüe commune sans aucune pathologie organique connue qui nécessiterait une prise en charge médicale. L'exemple d'une lombalgie chronique leur était ensuite donné afin d'ouvrir leur perspective sur des éléments modulant leur processus d'examen physique. La troisième phase de l'entretien comportait des questions ouvertes pour explorer l'utilisation ou non d'une procédure standardisée d'examen physique par les ostéopathes, la description des différentes étapes de cette procédure, et les facteurs pouvant la moduler (Tableau 2). Cette phase ouvrait le dialogue au-delà des vignettes, donc au-delà de la lombalgie et d'un caractère aigu ou chronique, afin d'avoir une vision sur l'ensemble des examens physiques des ostéopathes. La quatrième phase ouvrait la discussion sur des commentaires libres, puis se terminait par une conclusion et des remerciements.

Lors des deux premiers entretiens, il était demandé aux participants de se prononcer sur le recours à certaines procédures depuis une liste de classe de tests possibles, exposées sous forme de tableau, comportant les différentes classes

de test relevées par un sondage réalisé en Suisse en 2016<sup>(22)</sup>. Ce tableau a été abandonné après le deuxième entretien car cela biaisait les résultats en utilisant un vocabulaire spécifique qui cadrait trop la pensée des participants. Pour les entretiens suivants, les participants étaient donc invités à parler librement de l'organisation de leur examen physique pour chacune des vignettes, afin d'être le plus neutre possible.

*Enregistrement et transcription*

Les entretiens ont été réalisés par une étudiante en dernière année de master d'ostéopathie ayant peu d'expérience en recherche qualitative. Une deuxième personne plus expérimentée a participé à l'analyse des concepts issus des entretiens et a permis une réflexion sur la qualité des entretiens après chacune de leur analyse. Les données enregistrées par audio ou vidéo ont été retranscrites par écrit sur Word, puis importées et analysées sur Atlas.ti (version 9).

*Méthode d'analyse*

Une analyse thématique<sup>(27)</sup> a été effectuée sur le corpus des réponses. Ce dernier a été lu à plusieurs reprises par la première autrice (EP), puis découpé en unités de sens. Des codes ont été définis afin de catégoriser chaque unité de sens en fonction de son contenu. À partir des catégories de codes, les thèmes/étapes pertinents de l'examen physique ont été dégagés du corpus de données. Puis il a été recherché dans la littérature scientifique si des termes connus correspondaient à la définition des thèmes/étapes trouvées, afin de les utiliser. Bien que l'extraction et la labellisation initiale ait été faite par une seule personne (EP), toutes les analyses ont été discutées entre deux personnes (EP, PV) tout au long de la récolte de données pour atteindre un consensus sur la labellisation et la définition des étapes identifiées.

Après avoir défini les étapes de l'examen physique, un résumé des résultats a été envoyé aux participants, afin de vérifier qu'ils reconnaissent leur pratique dans ces étapes, et vérifier la validité et la fiabilité des résultats. À la suite de cela, un entretien a été ajouté afin de permettre à l'un des participants de compléter son témoignage.

**Tableau 2**

**Guide d'entretien pour les phases 2 et 3 après le dixième entretien**

Dans le cas présenté, de quelle manière organisez-vous votre approche du patient ?
Dans ce cas, quelles classes de tests utiliseriez-vous et dans quel ordre ?
Quelle est votre intention dans chaque classe de test ?
Quelles sont les raisons qui vous poussent à changer / garder votre procédure en fonction de la nature de la plainte ?
Avez-vous une organisation ou une logique globale commune à toute vos consultations ?
Avez-vous déjà une idée de la manière dont vous allez organiser vos classes de tests avant de commencer votre examen clinique ? Est-ce que cela change entre les patients ou est-ce toujours la même ?
Est-ce que vous interprétez tout de suite tous les tests ou vous attendez la fin de l'examen clinique ?
Quels autres paramètres pourraient modifier votre routine d'examen clinique, dans l'utilisation et la hiérarchisation des classes de tests ?
Est-ce que vous refaites des tests après le traitement ? Dans quel but ? Y a-t-il une hiérarchisation/organisation spécifique à ce moment-là ?

Les participants se sont ainsi prononcés sur leur degré d'accord avec les résultats en utilisant une échelle de Likert à 6 composantes (« pas du tout », « non », « plutôt non », « plutôt oui », « oui », « totalement »)<sup>(29,30)</sup>. Le consensus était considéré comme atteint lorsqu'au moins 80% des participants exprimaient un accord via les catégories « oui » ou « totalement ». Sur la base des commentaires des participants et de l'entretien ajouté, le cadre théorique a ensuite été complété et corrigé pour expliciter certains points où trouver un vocabulaire plus adapté aux ostéopathes. Un deuxième tour de validation des participants a été effectué suite à ces changements sous la même forme que la première fois, afin d'assurer la validité des résultats corrigés.

## RÉSULTATS

Les données ont été récoltées lors d'entretiens enregistrés entre septembre et décembre 2020. Quatorze demandes d'entretien ont été envoyées. Douze ostéopathes ont accepté de participer à l'étude (Tableau 3). Pour le retour des participants sur les résultats, les données ont été récoltées entre janvier 2021 et octobre 2022 en deux parties, et à chaque fois neuf ostéopathes ont répondu. Au sein des ostéopathes recrutés, différents lieux et types de formation sont représentés : deux ostéopathes ont été formés au Royaume-Uni (« European school of osteopathy » de Maidstone), deux ont été formés en Belgique (« Collège Belge d'ostéopathie » de Bruxelles, « I.W.G.S » à Namur), un a été formé en Allemagne (« Osteopathie Schule Deutschland » à Berlin), trois en France (« Centre International d'Ostéopathe » à St-Etienne, « Centre d'Ostéopathie ATMAN » à Valbonne et « Andrew Taylor Still Academy » de Lyon) et quatre en Suisse (« Ecole Suisse d'Ostéopathie » à Belmont-sur-Lausanne, « Ecole d'ostéopathie Genève », « Haute Ecole de santé-Fribourg » HedS-FR). Parmi ces ostéopathes, plusieurs avaient une formation additionnelle : trois avaient également une formation de physiothérapie et un(e) avait une formation additionnelle de médecin.

### Processus de l'examen physique ostéopathique

Il a été constaté que l'examen physique ostéopathique correspond à un processus progressif qui peut être séparé en

cinq étapes, définies en fonction du but des tests utilisées (Figure 1). Celles-ci contiennent chacune plusieurs sous-catégories de tests, décrites dans les Tableaux 4 à 8. Cela permet de construire une représentation fonctionnelle du patient qui soit cohérente en utilisant les informations inductives et déductives collectées lors des étapes précédentes, ainsi que le ressenti du patient. Ainsi, ces étapes ne sont pas systématiquement utilisées dans l'ordre indiqué et ne sont pas forcément toutes utilisées par un ostéopathe. Lors d'incohérences ou de manque d'informations, celui-ci peut également repasser à une étape précédente. Cependant, il y aurait toujours une progression dans le processus d'investigation. Celui-ci ne s'arrêterait pas lorsque le traitement commence, on observe une continuité du processus d'examen pendant le traitement et également après le traitement.

#### Étape 1 – Investigation générale

Le but de cette étape est d'initier la compréhension de l'expérience du patient dans sa fonction, permettant à l'ostéopathe de se faire une image globale de son fonctionnement. Elle permet également de commencer à identifier des zones potentiellement liées à la plainte. Mais aussi de détecter l'impact des symptômes sur le fonctionnement du patient. Elle permet, enfin d'établir le contact avec le patient et lui montrer que l'on s'intéresse à son expérience. Pour ceci, l'ostéopathe utilise principalement des tests généraux. Cette catégorie de tests comporte trois sous-catégories : l'observation statique et/ou dynamique globale, les tests de mouvements complexes actifs et les tests de réactivité à une stimulation globale.

#### Étape 2 – Exploration de la plainte

Cette étape a pour but d'explorer la ou les zone(s) symptomatique(s) ou à proximité directe, en identifiant des caractéristiques locales spécifiques de la plainte et en hiérarchisant les symptômes en fonction de leur rapport avec la plainte. Cela permet de mieux comprendre la physiologie de la plainte, de confirmer la localisation et la nature de celle-ci et de comprendre l'intégration de chaque symptôme dans la plainte. Les tests d'exploration comprennent trois sous-catégories : les tests de reproduction de la douleur, les tests palpatoires d'exploration de la qualité des tissus et les tests de différenciation de structure.

#### Étape 3 – Orientation vers une organisation fonctionnelle (= orientation fonctionnelle)

Cette étape permet d'évaluer l'organisation fonctionnelle de la plainte, c'est-à-dire le lien entre la zone symptomatique et le reste du corps. Cela passe par la mise en lien de la zone symptomatique avec d'autres régions ou d'autres fonctions, par la priorisation des zones à investiguer et à mettre en rapport avec la plainte, et par l'exclusion de certaines hypothèses de fonctionnement. Durant cette phase, la validation/ratification du patient peut aider à interpréter une forme d'organisation fonctionnelle. Cette phase comprend cinq sous-catégories de tests : les tests d'orientation selon les liens anatomo-pathologiques, l'observation statique/dynamique d'orientation, les tests d'inhibition/d'exagération, les tests d'écoute pour orienter sur une zone dysfonctionnelle et la palpation générale de récolte d'information (Tableau 6).

Tableau 3

Tableau descriptif de la population

Participant	Genre	Âge ( )	Nombre d'années de pratique ( )
1	féminin	55-60	20-25
2	masculin	40-45	15-20
3	féminin	50-55	10-15
4	masculin	25-30	0-5
5	masculin	30-35	5-10
6	masculin	55-60	20-25
7	masculin	30-35	5-10
8	masculin	55-60	25-30
9	féminin	70-75	35-40
10	masculin	45-50	15-20
11	féminin	20-25	0-5
12	féminin	50-55	15-20

Figure 1

Etapes du processus d'investigation, permettant de comprendre le fonctionnement du patient et aboutir au changement

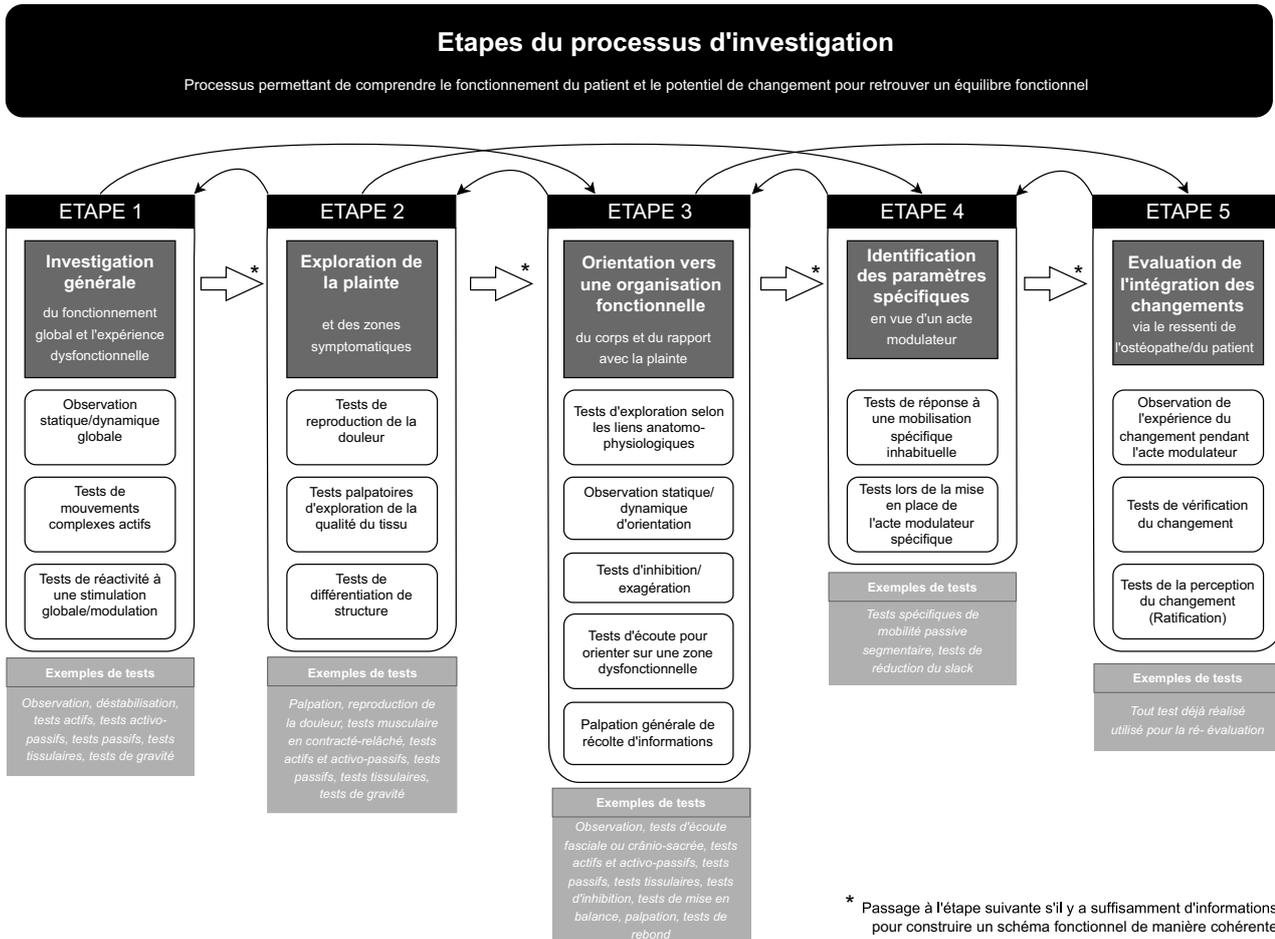


Tableau 4

Buts et description des tests d'investigation générale par les participants

Type de tests	Buts	Description par les participants
<b>Observation statique et/ou dynamique globale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre le fonctionnement du patient via l'observation de mouvements ou de positions naturelles et spontanées.</li> <li>Comprendre le comportement du patient en lien avec sa plainte : objectiver l'intensité, les limitations fonctionnelles, les stratégies d'évitement, ...</li> </ul>	<b>T3</b> : « je vais regarder dans la globalité, [...] la manière qu'il a de bouger quand il avance, ce qui me donne déjà une indication, parce qu'on protège en général la zone. Et puis comme il se déshabille, pour voir si c'est cohérent, concordant ».
<b>Tests de mouvements complexes actifs (mouvements du quotidien)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reproduire certains mouvements actifs du quotidien afin de mieux cibler le problème au travers de l'expérience du mouvement et l'impact sur la fonctionnalité. Permet d'évaluer :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>l'harmonie/fluidité/symétrie du mouvement</li> <li>la mobilité globale</li> <li>les stratégies de compensations et d'évitement de la douleur</li> <li>l'amplitude de mouvement en actif</li> </ul> </li> </ul>	<b>T9</b> : « ah bah c'est sûr, je vais lui demander déjà de se pencher en avant, pour voir un petit peu [...] comment il bouge, après je vais lui demander de lever une jambe... de se mettre sur un pied et puis sur un autre pied déjà pour avoir une idée si je peux voir si ça bloque d'un côté plus que de l'autre ».
<b>Tests de réactivité à une stimulation globale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier des réponses générales du corps à une stimulation externe inhabituelle :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>déstabilisation du patient dans sa posture naturelle</li> <li>évaluation du changement tissulaire en inhibant la gravité</li> <li>tests de rebond tissulaire globaux</li> <li>tests de mobilité passive d'un segment</li> </ul> </li> </ul>	<b>T8</b> : « voilà, par exemple on a une tension musculaire en debout, on va dire d'un côté, et puis quand vous couchez le patient, elle est de l'autre côté, parce qu'on a l'effet de la pesanteur d'un côté, et de l'autre côté on n'a plus d'effet pesant ».

**Tableau 5**
**Buts et description des tests d'exploration de la plainte par les participants**

Type de tests	Buts	Description par les participants
<b>Tests de reproduction de la douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identifier l'origine de la plainte et le tissu impliqué</li> <li>• voir si une structure spécifique peut déclencher la douleur et la réactivité du patient à cette douleur. (l'absence de reproduction de la douleur semble en particulier orienter l'examen physique de manière significative).</li> </ul>	<b>T10</b> : « <i>alors la prochaine chose que je vais faire je vais palper la zone, en essayant de reproduire la douleur, [...] pouvoir localiser exactement la zone anatomique incriminée, les structures éventuellement touchées, musculaires, osseuses, ...</i> »
<b>Tests palpatoire d'exploration de la qualité des tissus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• orienter sur le type de traitement qui sera le plus adapté et sur la suite de l'examen. Recherche de :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– perte de déformabilité/souplesse voir une dureté/rigidité/résistance, grosseur des tissus, signes inflammatoires, qualité de peau inhabituelle.</li> <li>– ce type de tests peut se faire en continu tout le long de l'examen physique.</li> </ul> </li> </ul>	<b>T2</b> : « <i>moi je vous dirais que c'est la qualité des tissus qui n'est pas la même chez quelqu'un qui est chronique que quelqu'un qui est aigu. Donc quelqu'un qui est aigu [...] ou sub-aigu, la qualité des tissus est quand même hyper importante à rechercher, pour voir justement si ya des signes inflammatoires, rougeur, chaleur, œdème</i> ».
<b>Tests de différenciation de structure (pour trouver la structure impliquée)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• déterminer l'implication des structures actives (myo-fasciales) ou passives (capsulo-ligamentaires, méniscales, etc...) dans la plainte.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– peut se faire au travers de tests actifs, actifs assistés (avec par exemple des tests en contractés-relâchés) ou passifs, ou encore dans différentes positions pour différencier les structures actives et passives dans la plainte.</li> </ul> </li> </ul>	<b>T5</b> : « <i>je fais plus de contractions contre résistance par exemple pour tester la zone. Genre je vais essayer de recruter le muscle [...] c'est myofascial. [...] Tu vas venir étirer le muscle et [...] tu vas demander au patient une contraction de l'autre côté, donc contre résistance, et tu vas évaluer si ça fait mal [...]</i> ».

Durant cette étape, les ostéopathes peuvent avoir recours à un raisonnement plutôt inductif ou déductif ou à un mélange des deux. Un raisonnement inductif utiliserait des tests d'exploration très larges sans supposer de lien avec la plainte pour récolter des informations qui orientent vers une zone à traiter. Un raisonnement déductif utiliserait des tests pour confirmer des liens théoriques entre différentes zones (mécaniques, nerveux, vasculaires, etc.), en s'appuyant sur les modèles diagnostiques ancrés dans la philosophie ostéopathique<sup>(3)</sup>. Ces deux types de raisonnement peuvent être mis en parallèle avec les deux approches hypothético-déductives et « pattern recognition » mis en lumière dans le raisonnement clinique ostéopathique<sup>(3,23,31)</sup>, et également communs avec d'autre profession de la santé<sup>(32)</sup>.

#### Étapes 4 – Identification des paramètres spécifiques en vue d'un « acte modulateur »

Cette étape est en lien avec l'acte « modulateur », également appelé geste correcteur ou manœuvre de réduction, qui symbolise l'initiation du changement. Elle comprend deux catégories de tests : les tests de réponse à une mobilisation spécifique inhabituelle, que le patient ne peut pas faire de lui-même, et les tests lors de la mise en place de l'acte modulateur (Tableau 7).

#### Étape 5 – Évaluation de l'intégration des changements

Cette étape permet d'évaluer et de renforcer les changements initiés par un acte modulateur. Elle comprend trois catégories de tests : le retour d'information pendant l'acte « modulateur », les tests de vérification des changements

après l'acte « modulateur », ainsi que les tests de perception du changement par le patient (tests de ratification) (Tableau 8).

#### **Éléments qui modifient le choix de routine d'examen physique**

Lors des entretiens, les participants ont mentionné divers éléments qui peuvent faire évoluer leur examen physique. Cinq catégories ont pu être déterminées : les valeurs du patient, l'idée préalable de l'ostéopathe sur le fonctionnement du patient, les attitudes et schémas du patient et enfin ses ressources (Figure 2). Ces catégories contiennent chacune plusieurs sous catégories décrites dans le Tableau 9.

Le premier élément pouvant influencer l'examen physique de l'ostéopathe correspond aux valeurs du patient. Par cela, on entend les attentes implicites du patient (liées ses habitudes en ostéopathie, ses à priori, sa culture, ses mœurs, etc.) ou ses attentes explicites, ses volontés et désir quant à la séance. Le deuxième élément qui peut influencer cet examen est l'idée préalable de l'ostéopathe sur le fonctionnement du patient. Cela inclut les informations récoltées lors des tests d'une séance antérieure ou dans un rapport disponible pour ce patient, des réponses inattendues au dernier traitement ou encore toutes conditions connues suite à l'anamnèse qui pourraient représenter une contre-indication à certains tests. Le troisième élément qui influence cet examen physique est l'ensemble des attitudes et schémas que présente le patient en rapport avec sa plainte. Cela comprend les caractéristiques de sa plainte comme son intensité, son ancienneté, sa localisation, et ses autres caractéristiques, mais aussi les symptômes associés à cette plainte, ainsi que les caractéristiques physiques du patient et ses antécédents. Enfin, l'ostéopathe va adapter son examen physique

Tableau 6

Buts et description des tests d'orientation fonctionnelle par les participants

Type de tests	Buts	Description par les participants
<b>Tests d'orientation selon les liens anatomo-pathologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>exploration sur une zone à distance du lieu de la plainte, que l'ostéopathe relie à la plainte via un lien expérimental (d'après son expérience), neurologique, vasculaire, crânio-sacré, mécanique, etc.</li> <li>raisonnement purement déductif, s'appuie sur les modèles diagnostiques ostéopathiques ancrés dans la philosophie ostéopathique<sup>(3)</sup>.</li> </ul>	<b>T6</b> : « je vais suivre les câbles, c'est-à-dire que je vais voir les variables de régulation au niveau neurologique, au niveau neurovasculaire, voir si c'est quelque chose qui va plutôt être en rapport avec un problème à distance, c'est-à-dire que ça peut être un problème [...] viscéral qui est le phénomène déclenchant [...] ».
<b>Observation statique/ dynamique d'orientation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluer l'organisation fonctionnelle en hiérarchisant l'importance et l'implication de différentes structures au travers de l'observation, en identifiant par exemple :</li> <li>des chaînes de fonctionnement (ex : Test de Flexion Debout/Assis)</li> <li>l'implication de plusieurs régions dans la plainte</li> <li>les zones hypomobiles ou qui « bloquent » à distance de la plainte</li> <li>des tensions musculaires qui se révèlent dans le mouvement.</li> <li>peut également se faire tout au long de la séance</li> </ul>	<b>T8</b> : « voilà, tests actifs, j'aime bien les tests en inclinaison latérale pour voir un petit peu la colonne lombaire comment elle se... comment elle se courbe [...] je place les mains sur les iliaques, j'essaye de sentir comment ça fonctionne au niveau des sacro-iliaques... tout dans... dans le mouvement en fait, et lui comment il se sent dans ce mouvement, et s'il essaie de tricher un peu en pliant le genou ou on se tournant... [...] voilà, les compensations ».
<b>Tests d'inhibition/ d'exagération</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>établir s'il existe un lien direct entre différentes régions/zones via une interaction manuelle visant à exagérer ou enlever la contrainte observée.</li> </ul>	<b>T7</b> : « le test d'inhibition, c'est qu'on se met en regard de la densité qu'on a par exemple au niveau du sacrum, et on va rechercher avec notre autre main à faire des appuis, que ce soit au niveau viscéral, au niveau du rachis, au niveau musculaire, au niveau des côtes, pour en fait lever en fait cette densité au niveau du sacrum. [...] ça nous dirige plus sur la zone à travailler ».
<b>Tests d'écoute pour orienter sur une zone dysfonctionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>investiguer des rapports entre des structures au travers d'un touché léger qui peut induire une réponse idéo-motrice<sup>(3,4)</sup> and action can prime perception (motorvisual priming).</li> <li>peut se faire au travers d'une écoute tissulaire au niveau crânio-sacré ou même ailleurs.</li> </ul>	<b>T7</b> : « ensuite je fais une écoute de l'axe crâne-sacrum. [...] On va souvent retrouver au niveau de l'axe des enroulements du patient sur un côté ou sur l'autre, et c'est comme ça qu'on va pouvoir se diriger si on va plus rechercher quelque chose au niveau du rachis, [...] ou thoracique antérieur, et en fait de cette écoute de l'axe, on va arriver à être plus précis pour délimiter quelle zone on va travailler... ».
<b>Palpation générale de récolte d'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>exploration globale du corps via la palpation afin de chercher des informations sans suppositions préalables pour trouver les zones problématiques.</li> <li>approche très inductive de récolte d'informations globales.</li> </ul>	<b>T1</b> : « si j'ai vu une contracture même si c'est pas l'endroit où il a mal, je vais quand même essayer d'aller palper les zones de contracture musculaire ».

Tableau 7

Buts et description des tests d'identification des paramètres spécifiques par les participants

Type de tests	Buts	Description par les participants
<b>Tests de réponse à une mobilisation spécifique inhabituelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>identifier les paramètres physiologiques qui mettent le système dans un état d'hypomobilité.</li> <li>confirmer/infirmer l'hypothèse de travail</li> <li>déterminer quel type de traitement doit être appliqué.</li> <li>peut comprendre des tests de glissement articulaire dans les différents plans afin de tester la sensation de fin de mouvement.</li> </ul>	<b>T3</b> : « Examen palpatoire, voir exactement le ou les niveaux concernés par une restriction de mobilité, donc un test manuel, et puis en faisant ça je vais [...] voir [...] ce qui déclenche la douleur, mais plus important encore, là ou moi je sens une perte de mobilité... [...] en flexion, en rotation, au niveau vertébral. »
<b>Tests lors de la mise en place de l'acte modulateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>voir si le patient peut se mettre dans cette position.</li> <li>déterminer les paramètres à mettre en place pour l'acte modulateur.</li> <li>refaire les tests précédents de glissement articulaire dans la position de traitement pour ajuster les paramètres et vérifier que le geste est appliqué au bon endroit.</li> </ul>	<b>T5</b> : « ça se fait dans la foulée, donc le test sera juste avant la manip. Ça peut aussi être en position de manip déjà... [...] pour voir exactement dans quelle direction ... [...] S'il y a un peu plus de rotation, un peu plus de flexion, un peu plus de si, un peu plus de ça ».

en fonction des ressources du patient lorsqu'il se présente à la consultation. Cela dépend, par exemple, de sa capacité à faire des mouvements, à sa capacité de compréhension et de communication avec l'ostéopathe, à son état général et émotionnel, et à ses capacités de perception et d'attention. Il est à noter que les ostéopathes ne sont pas tous influencés par les mêmes éléments, et que ces éléments ne sont pas forcément tous utilisés par chaque ostéopathe.

### Validation par les participants

Neufs ostéopathes ont donné leur avis sur le cadre théorique émergent des entretiens lors des deux demandes de retour (Figure 3).

Pour l'évaluation globale des cinq étapes du processus d'investigation, un consensus a été trouvé, dans le sens où au moins 80 % des personnes sont « d'accord » ou « tout à fait d'accord ». Il en est de même pour les éléments qui modifient le choix de la routine. Au niveau de l'évaluation détaillée de

chaque étape du processus, l'applicabilité du modèle semble être l'élément le plus problématique. Quelques participants ne se reconnaissaient pas dans certaines catégories de tests, ou dans l'ordre de ces catégories. Il a donc été ajouté que ces étapes ne sont pas systématiquement utilisées dans l'ordre indiquées et ne sont pas forcément toutes utilisées par un ostéopathe.

### DISCUSSION

L'étude a permis de structurer l'examen physique ostéopathique en cinq étapes itératives distinctes dans le cadre de la lombalgie : l'investigation générale, l'exploration de la plainte, l'orientation vers une organisation fonctionnelle, l'identification des paramètres spécifiques et l'évaluation de l'intégration des changements (Figure 1). Le processus est individualisé et propre à chaque consultation selon les valeurs du patient, l'idée préalable du fonctionnement du patient, ses

Figure 2

Description des éléments qui facilitent le choix des tests lors de l'examen physique ostéopathique

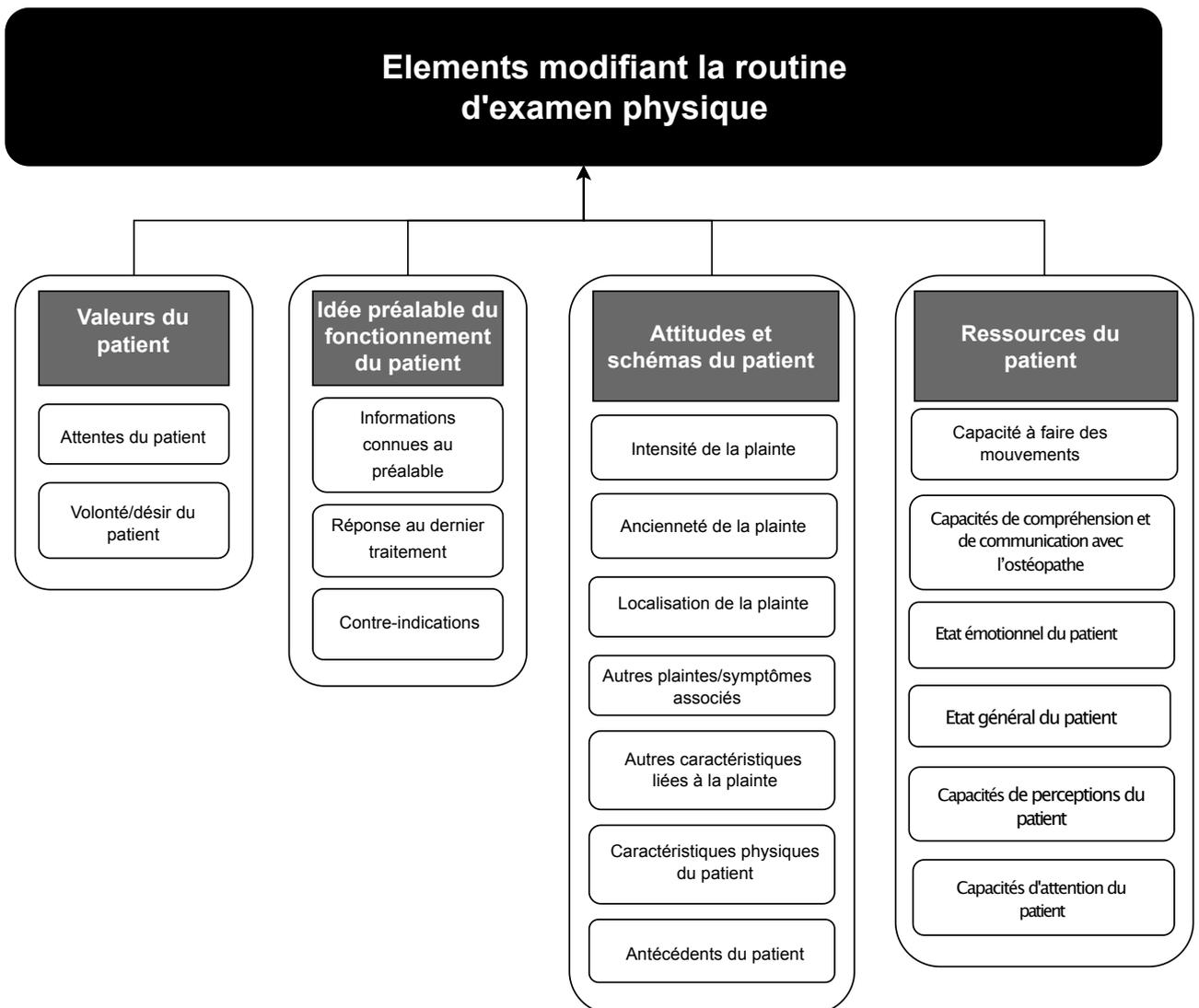


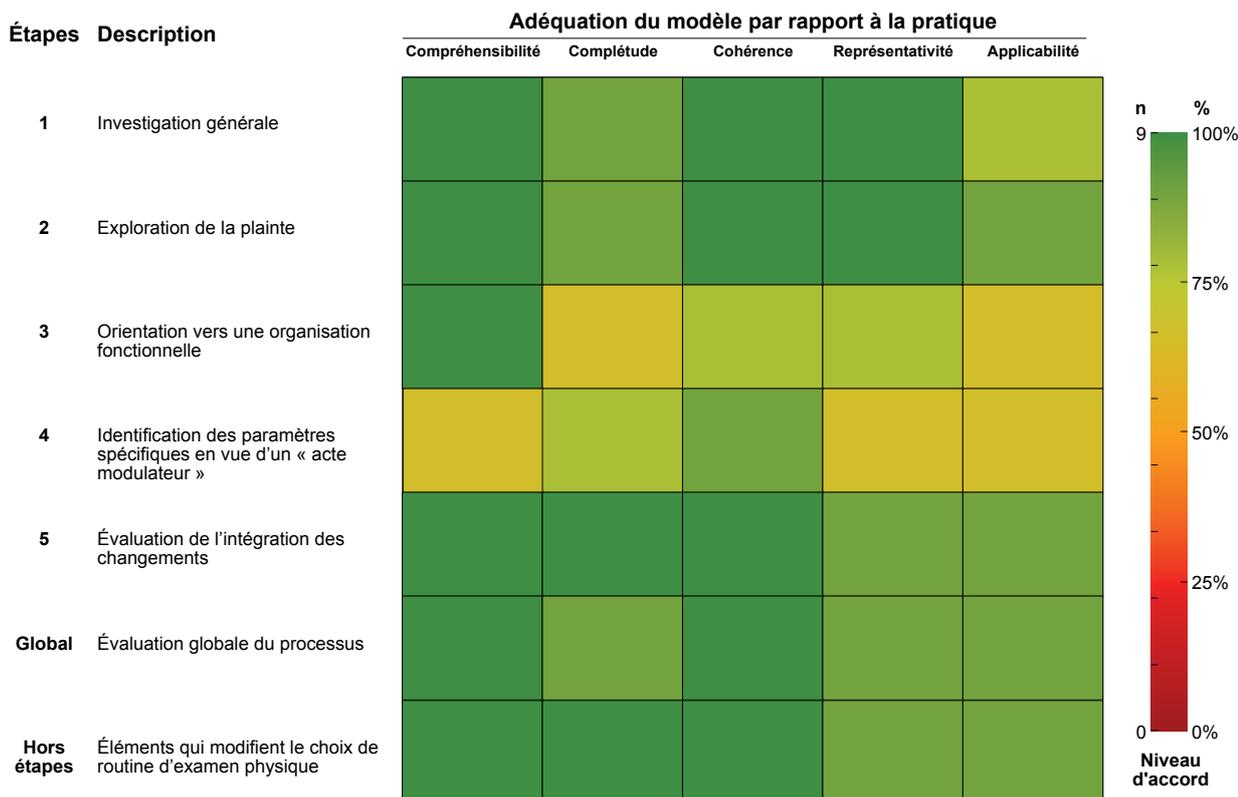
Tableau 8

Buts et description des tests d'évaluation de l'intégration des changements par les participants

Type de tests	Buts	Description par les participants
<b>Observation de l'expérience du changement pendant l'acte modulateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>recherche d'une sensation de relâchement tissulaire localement ou globalement (peut se faire aussi via l'évaluation de la présence ou non d'un craquement et de son intensité).</li> </ul>	<b>T6</b> : « le gars s'il est planté en L5, que je lui manipule L5, et puis que ça passe mais, comme qui rigole, ça va pas. On peut pas être planté comme ça sur L5, si je le manipule avec le petit doigt et que ça passe tout seul. Le problème n'est pas là, il y a autre chose. C'est pas suffisant, il faut que je trouve une raison pour expliquer la symptomatologie du patient ».
<b>Tests de vérification des changements après l'acte modulateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>confirmer la présence d'un changement dans le sens attendu.</li> <li>orienter, afin de voir si une modulation supplémentaire pourrait être utile pour arriver à ce changement.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>peut se faire en refaisant des tests qui ont été fait préalablement et de comparer le résultat obtenu, pour voir l'effet sur la douleur, le mouvement, les tensions musculaires, l'arrêt articulaire, l'amplitude de mouvement, etc..</li> </ul> </li> </ul>	<b>T7</b> : « alors une fois que c'est traité, je refais en fait les tests tissulaire [...] du patient assis. [...] la qualité tissulaire, je re-teste ça pour voir si justement il y a encore des choses ou si c'est, on va dire, c'est traité, et puis je recommence en général à refaire les tests actifs, voir si le patient il a gagné en mobilité et si il se sent plus à l'aise, donc assis et puis debout ».
<b>Tests de perception du changement pour le patient (tests de ratification)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluer et renforcer l'expérience du changement pour le patient si possible dans une fonction habituelle.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>peut se faire via des tests où le patient refait un geste qui était initialement problématique, en retestant des sensations à l'appui, au toucher ou tout autre test qui permet au patient d'objectiver et de ratifier le changement.</li> </ul> </li> </ul>	<b>T8</b> : « Comment ça va ? », des petits mouvements « ça va » « Ok, levez-vous, marchez » et puis voir comment ça évolue. [...] voilà, après on redemande aussi pourquoi pas l'inclinaison en debout et puis on a aussi beaucoup d'informations à la fin quand le patient se rhabille. [...] il va vous dire « ah ouais mais j'arrive à mettre mes chaussures maintenant, ça va mieux ».

Figure 3

Adéquation des résultats par rapport à la pratique des ostéopathes (à la suite de la demande de retour finale) n = 9



**Tableau 9**
**Buts et description des tests d'évaluation de l'intégration des changements par les participants**

Catégorie de test	Sous-catégorie de tests et leur buts	Description par les participants
<b>Valeurs</b>	<b>Attentes du patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicites, liées aux mœurs, à la culture, aux à priori sur l'ostéopathie, aux habitudes avec un autre ostéopathe</li> </ul>	<b>T11</b> : « c'est vrai quand j'ai des personnes âgées, en général je vais plutôt en... [...] souvent ils viennent te voir, ils sont là ils ont envie de se faire cocooner [...],oui et puis souvent ils arrivent et puis ils sont bien donc ils ferment les yeux et donc il... t'as pas envie de leur faire 50 000 exercices»
	<b>Volonté/désir</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attentes explicites</li> </ul>	<b>T3</b> : « autrement une limite qui viendrait du patient qui dit « je supporte pas qu'on me touche le ventre » par exemple. Enfin je sais pas, mais ça peut arriver aussi, ça peut être des facteurs qui interviennent et qui font que je vais modifier mon approche[...]»
<b>Idée préalable du fonctionnement</b>	Informations connues au préalable <ul style="list-style-type: none"> <li>• lors d'une séance de suivi du patient, l'ostéopathe a une idée du schéma fonctionnel du patient en se reposant sur les tests effectués lors d'autres consultations, évitant ainsi de refaire certains tests.</li> <li>• en cas de rapport disponible: Permet d'obtenir des informations sans avoir à faire certains tests</li> </ul>	<b>T6</b> : « t'as des patients, t'as l'habitude de leur qualité tissulaire [...]. C'est-à-dire que quand tu le testes, tu te souviens que tu l'as testé 6 mois avant, et la mémoire te revient par les mains, c'est... c'est une autre mémoire, c'est... pas une mémoire intellectuelle, c'est une mémoire palpatoire, et tu te dis : « tiens, là c'est pas comme d'habitude » ou « là, c'est rien du tout », et cetera, mais tu sais, tu retrouves des sensations parce que tu... tu le connais dans tes mains. »
	Réponse au dernier traitement <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemple : non amélioration ou péjoration de la symptomatologie à la suite d'un traitement</li> </ul>	<b>T10</b> : « Si il va pas mieux à la 2e séance là je vais chercher ailleurs »
	Contre-indications aux tests <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certains tests de l'ostéopathe pourraient être nocifs en présence d'une pathologie ou condition spécifique (ex : prothèse, ostéoporose, grossesse, ...)</li> </ul>	<b>T1</b> : « Si c'est une patiente très âgée avec possiblement bah une sarcopénie visible, une possible ostéoporose, il y a certains tests que j'adapterai »
<b>Attitudes et schémas</b>	<b>Intensité de la plainte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plainte hyper-algique ou peu algique</li> </ul>	<b>T7</b> : « l'état des fois algique du patient, c'est-à-dire un patient qui a du mal à se tenir assis, je vais pas commencer par faire mes tests... je veux dire, je vais déjà le mettre sur le dos, déjà justement changer un peu mon... orienter un peu différemment mon test »
	<b>Ancienneté de la plainte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plainte aigüe ou chronique</li> </ul>	<b>T10</b> : « alors il y a un problème qui est beaucoup plus chronique, donc on n'est plus dans l'aigu, [...] c'est une douleur qui est installée depuis le temps, donc euh... ça va changer mon approche, je vais être beaucoup plus holistique dans mon approche »
	<b>Localisation de la plainte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type de tissu impliqué</li> </ul>	<b>T4</b> : « dans l'anamnèse du patient, par exemple s'il arrive avec une plainte qui est purement viscéral, ce qui est possible, [...] j'utiliserais presque que les tests globaux. »
	<b>Autre plainte ou autre symptôme associé</b>	<b>T11</b> : « voilà, alors évidemment si j'ai un patient qui me dit « bah j'ai... des problèmes digestifs » ou « j'ai des maux de tête » ou des vertiges ou j'en sais rien, bah je vais évidemment me dire de mettre une petite note dans ma tête « regarder plus en détail telle ou telle zone»»
	<b>Autres caractéristiques liées à la plainte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horaire de la plainte, étendue de la plainte...</li> </ul>	Classe ajoutée après les entretiens d'après le retour des participants
	<b>Caractéristiques physiques du patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -ex : sexe, morphologie comme obésité, ventre proéminent...                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'obésité ou la grossesse peut rendre certaines zone difficiles d'accès ou certaines position difficile ou inconfortable, voire certaines mobilisations trop pénibles pour l'ostéopathe</li> <li>– le sexe peut modifier l'approche du bassin</li> </ul> </li> </ul>	<b>T12</b> : « pour une femme je fais toujours, je regarde bien le petit bassin aussi [...] je ferais d'autres examens, ouais, pour les femmes »
	<b>Antécédents du patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents qui peuvent avoir une influence sur l'état actuel du patient</li> </ul>	<b>T4</b> : « un autre déterminant qui influence les tests choisis sont les antécédents du patient. Par exemple une vieille fracture du coude alors que la plainte se situe au poignet. »

<b>Ressources physiques, comportementales, cognitives, émotionnelles</b>	Capacité du patient à faire des mouvements <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacte l'utilisation des tests qui requièrent une participation active du patient, les tests qui requièrent une bonne mobilité ou les changements de position</li> </ul>	<b>T9</b> : « je vais pas embêter une personne de 70 ans à faire tout ce genre de tests [...] déjà elle va être moins mobile, très souvent, donc je peux pas me permettre de lui dire de se lever, de se pencher, de se... donc ça va être une personne qui est plutôt allongée »
	Capacités de compréhension et de communication avec l'ostéopathe <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemple : bébé ou jeune enfant, personne avec un handicap mental, ralentissement intellectuel, personne sourde ou malentendante, lorsque le patient et l'ostéopathe ne parlent pas la même langue ... <ul style="list-style-type: none"> <li>– impact la sollicitation demandée au patient</li> </ul> </li> </ul>	<b>T11</b> : « Ah bah clairement bah si t'as un patient qui comprend pas ce que tu lui dis ... c'est compliqué. [...] je vais pas faire de l'actif. [...] je vais vraiment y aller tout en passif et puis...me contenter de ça parce que bon si t'as un enfant de 3 ans devant toi, bah il va moins bien comprendre qu'un adulte ou... [...] j'ai par exemple j'ai eu plusieurs patients qui étaient pas sourd mais malentendants, bah là c'est pareil, tu fais pas 56000 ... »
	Etat émotionnel du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemples : angoisse, épuisement, colère, impatience, gêne, etc... <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'ostéopathe peut modifier son approche pour s'adapter / faire évoluer cette émotion</li> </ul> </li> </ul>	<b>T2</b> : « est-ce qu'il est capable de comprendre ou émotionnellement est-ce qu'il est... voilà, est-ce qu'il est peut-être, enfin... à fleur de peau émotionnel [...] ouais ça je pense effectivement ça va complètement changer ma façon d'aborder le patient »
	Etat général du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemples : fatigue physique/psychique, épuisement lié à une douleur/ pathologie concomitante / opération récente ou à un autre facteur interne ou externe. <ul style="list-style-type: none"> <li>– adaptation pour limiter l'énergie que doit dépenser le patient durant la consultation ou les effets secondaires après la consultation</li> </ul> </li> </ul>	<b>T5</b> : « le stress et la fatigue ça va influencer sur l'état de forme du patient, et donc si je fais une investigation, je préfère que l'investigation dans ces cas-là soit plus localisée, pour pas avoir pareil trop d'effets néfastes après la consultation. »
	<b>Capacité de perception du patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemple : peut être perturbée en cas de forte médication antalgique du patient, troubles neurologiques touchant la sensibilité, la douleur, la proprioception, etc..</li> </ul>	<b>T2</b> : « Quelqu'un qui me dit qu'il a mal au dos mais qu'il prend 10 gouttes de tramal jusqu'à 3 irfen et 5 Dafalgan par jour, je pense pas que je vais le charger au niveau de mes tests actifs et de mes tests physiques, enfin surtout les actifs, les tests de provocation de la douleur, je vais faire attention à ne pas trop charger »
	<b>Capacités d'attention du patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un environnement où le patient peut avoir l'attention requise (si nécessaire) ou adapter l'examen physique aux capacités d'attention du patient</li> </ul>	<b>T7</b> : « un patient qui a une douleur costale, qui a du mal à respirer, je vais pas trop... je vais d'abord travailler un peu sa côte pour qu'il puisse mieux respirer avant de commencer à faire d'autres tests, parce que c'est souvent des patients qui ont du mal à respirer. »

attitudes et schémas et ses ressources (Figure 2). Les participants de l'étude ont pu reconnaître leur propre pratique dans ce nouveau modèle, même au-delà du cadre de la lombalgie (Figure 3).

Une des forces de l'étude est qu'elle permet une description du processus d'examen physique avec un modèle et un vocabulaire compréhensible par les autres professions de santé, et des concepts compatibles avec les connaissances actuelles. Une autre force est l'obtention d'un consensus auprès de participants après la récolte de données, et ceci malgré la diversité des ostéopathes recrutés (nombre d'années de pratique, âge, sexe, lieu de formation).

La limitation principale de cette étude résulte du fait que le découpage en unités de sens a été fait par une seule personne, et que les autres étapes de l'analyse ont été faites par recherche de consensus entre deux personnes, sans analyse indépendante. Une autre limitation repose sur les différents biais cognitifs qui peuvent exister en lien avec la pratique ostéopathique (effet d'ancrage, biais de confirmation, stéréotypage, la sur-évaluation réactive, etc.<sup>(33,34)</sup>), qui peuvent influencer le récit des ostéopathes ainsi que l'interprétation

de ces récits lors de l'analyse des données. Enfin, on ne peut pas exclure qu'en utilisant d'autres mises en situations cliniques que la lombalgie, l'accent aurait été mis sur d'autres parties du processus. Toutefois, les participants ont validé le cadre théorique pour l'ensemble de leur pratique et non seulement pour les lombalgies.

### Comparaison à la littérature existante

D'après les résultats obtenus, l'examen physique en ostéopathie semble correspondre à un processus d'exploration des liens présents entre la symptomatologie du patient et le fonctionnement du patient, et ce sur de multiples niveaux d'organisation. Ce processus d'investigation ne repose pas sur une approche entièrement standardisée et semble s'adapter à la complexité de chaque situation, comme mentionné dans la littérature existante<sup>(3,25,35)</sup>.

Les classes de test obtenues sont pour certaines communes à celles découvertes par Dinnar et al. en 1980<sup>(13)</sup>. Les tests d'évaluation de l'intégration des changements ne faisaient pas partie de l'étude de Dinnar. À l'inverse, les tests médicaux n'ont pas été inclus dans la présente étude. Dinnar et al. avaient classifié les tests en fonction de leur nature alors

qu'ils sont ici classifiés en fonction de leur but. Le fait que les classes de tests ne soient pas toutes utilisées par tous les ostéopathes et qu'il y ait certaines préférences personnelles avait déjà été mis en lumière par Dinnar et al.<sup>(13)</sup>. La littérature indique que l'enseignement reçu, les valeurs personnelles de l'ostéopathe et ses caractéristiques<sup>(3, 10, 20, 24, 36)</sup> peuvent influencer son style de pratique ainsi que son approche. Des éléments liés au patient et à sa plainte peuvent également influencer l'approche de l'ostéopathe. La dernière classe de test d'évaluation de l'intégration des changements, non décrite par Dinnar et al.<sup>(13)</sup>, permet d'évaluer et de faire conscientiser le changement par le patient. Cette dernière classe correspond à une étape clé qui est aussi présente en psychologie cognitive dans la théorie du changement, en particulier dans le modèle trans-théorique<sup>(37-39)</sup>. D'après J. A. Lenio<sup>(38)</sup> et Bandura<sup>(39)</sup>, la perception qu'une personne a de sa capacité à changer est importante pour déterminer le changement lui-même. Concrètement, la conscientisation d'une meilleure mobilité ou d'une diminution de douleur en fin de séance permettrait d'aider le patient à regagner confiance en le mouvement, instillant un cercle vertueux, et évitant par exemple la persistance d'une kinésiophobie qui peut être délétère sur le long terme<sup>(40,41)</sup>.

Ainsi, la dernière classe de tests d'intégration pourrait avoir un rôle thérapeutique pour le patient. Abbey et al.<sup>(42)</sup> ont également montré que le patient vit une expérience de changement tout au long de la consultation ostéopathique, et que le processus psychologique associé peut être très bénéfique à intégrer en ostéopathie<sup>(42,43)</sup>. Les auteurs soulignent l'importance du vécu du patient au travers de la consultation ostéopathique. L'examen physique se rapproche ainsi d'un processus collaboratif ou les perceptions du patient prennent une place significative<sup>(3,9,24,36)</sup>. Ces résultats mettent à nouveau la lumière sur le fait que l'examen physique ostéopathique est un processus profondément centré sur le patient<sup>(36,44,45)</sup>. De plus, l'idée que les tests d'intégration puissent avoir un rôle thérapeutique fait émerger une forme d'ambiguïté entre ce qui serait un « test » ou un « traitement ».

Cette catégorisation permet également de mieux comprendre le processus décisionnel sous-jacent à l'examen clinique. Ce type de raisonnement itératif de plus en plus spécifique rejoint l'un des modèles proposés par Yazdani S et al.<sup>(20)</sup> et initialement décrit par Gruppen et Frohna<sup>(46)</sup>: le modèle intégratif de raisonnement clinique. Ce concept de raisonnement clinique itératif est donc un modèle déjà connu.

### Implications pratiques

Cette nouvelle catégorisation, correspondant à une actualisation des classes de tests de Dinnar et al.<sup>(13)</sup> il y a 40 ans, permet de mieux cerner la pratique actuelle suisse. En termes d'identité professionnelle, elle pourrait permettre aux ostéopathes d'avoir une meilleure vision de leur propre activité, de celle des autres ostéopathes en Suisse. En termes d'éducation, ces modèles pourraient également faciliter l'utilisation d'une taxonomie commune entre enseignants en ostéopathie. C'est aussi une manière de pouvoir aborder la complexité de l'ostéopathie dès le début de la formation des futurs ostéopathes. Ce modèle ouvre également un dialogue interdisciplinaire en permettant de surmonter l'« osteopathic conundrum » mentionné par Fryer et al.<sup>(8)</sup>, puisque le modèle présenté ici ne s'appuie pas sur le concept de dysfonction somatique. Il permet également de redonner une plus

grande importance à la prise en charge qui se déroule après l'acte modulateur.

Les résultats de cette recherche soulèvent cependant l'importance de mieux investiguer ce que l'on entend par diagnostic ostéopathique. En effet, le diagnostic ostéopathique ne repose pas sur la simple recherche des dysfonctions somatiques, mais aussi sur la manière dont le patient vit sa plainte, sur la réaction du patient et de ses tissus à divers stimuli, et sur son ressenti avant, pendant et après l'acte modulateur. Le rôle de l'examen physique ostéopathique s'éloigne donc de la seule pose de diagnostic et diverge ainsi significativement de l'examen physique médical<sup>(3,9)</sup>. Face à un processus aussi subjectif et aussi dépendant du praticien et du patient, il serait utile de mieux définir ce concept de diagnostic ostéopathique<sup>(9)</sup>.

Des recherches futures avec une validation à grande échelle seraient nécessaires pour la généralisation de cette théorie, et également pour confirmer ce modèle au-delà de la lombalgie. Suite à cette étude, il serait en outre intéressant d'explorer plus en détails ce potentiel rôle thérapeutique des tests d'évaluation de l'intégration des changements, en lien avec les avancées actuelles, et par exemple le modèle éenactif<sup>(41)</sup>.

### CONCLUSION

En conclusion, cette étude a permis de faire émerger cinq étapes itératives distinctes et consensuelles de l'examen physique ostéopathique dans le cadre de la lombalgie. Ces étapes sont adaptées à chaque consultation en fonction des valeurs du patient, de l'idée préalable de son fonctionnement, de ses attitudes et schémas et de ses ressources. Les ostéopathes ont pu reconnaître leur propre pratique dans ces résultats au-delà même de la lombalgie, ce qui indique un consensus possible. Le processus d'évaluation clinique est complexe, dépassant la simple recherche de dysfonctions somatiques, et les ostéopathes semblent s'identifier dans cette complexité. Les résultats mettent en évidence l'importance du vécu du patient dans le processus d'examen physique. Le modèle proposé permet une description du processus d'investigation dépassant la dysfonction somatique, favorisant ainsi la communication interprofessionnelle. Cependant, des recherches futures sont nécessaires pour valider et généraliser cette théorie. De plus, il est important de mieux définir le concept de diagnostic ostéopathique, étant donné la subjectivité de ce processus. Ce modèle a des implications pratiques pour la profession, l'éducation et la communication interprofessionnelle. Il permet de favoriser une vision globale de l'examen physique et de mieux comprendre l'importance de la phase de ré-évaluation des changements après le traitement.

### IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

- Un consensus compréhensible pour les autres professions de santé semblerait se dégager sur la classification des tests dans la pratique ostéopathique dans le cadre de la lombalgie
- Les tests effectués après l'acte modulateur permettraient au patient de conscientiser le changement et pourraient avoir un rôle thérapeutique.
- L'examen physique ostéopathique est un processus complexe qui utilise des éléments liés à l'ostéopathe, mais aussi au patient et à sa plainte pour construire une représentation du fonctionnement de celui-ci
- Des éléments liés à l'ostéopathe mais aussi au patient et à sa plainte pourraient influencer l'examen physique dans la séance ostéopathique

#### Contact :

Elina Pittet  
elina.pittet@outlook.com

### ABSTRACT

**Background:** Existing models that describe the osteopathic physical examination routine are scarce and fail to explain the underlying process.

**Objective:** Targeting low back pain, this study proposes a theoretical framework of clinical reasoning for osteopathic physical examinations and identifies the determinants that influence these steps.

**Method:** Semi-structured interviews were conducted with twelve French-speaking osteopaths working in Switzerland. Thematic analysis was used to extract relevant units of meaning. The results were refined and validated by the participants using a two-round consensus process.

**Results:** Five key steps have been identified: general investigation, exploration of the complaint, functional orientation, identification of specific parameters, and assessment of the integration of changes. The physical examination routine may be modified based on patient values, preconceived notions of patient functioning, attitudes and patterns, and resources. This model was validated by the osteopaths who participated in the consensus.

**Conclusion:** This study describes a five-step reasoning process for osteopathic physical examinations in the context of low back pain. These results could be relevant beyond low back pain and may garner consensus in clinical reasoning for general physical examinations. The complexity of the process highlights the importance of patient experience, with an emphasis on post-treatment reassessment and patient ratification. The application of these results could foster communication between healthcare professionals.

#### KEYWORDS:

physical examination / osteopathic medicine / clinical reasoning / qualitative study

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund:** Die vorhandenen Modelle zur Erklärung der Schritte der körperlichen Untersuchung in der Osteopathie sind nach wie vor nicht ausgereift und ermöglichen kein Verständnis der ablaufenden Prozesse.

**Ziel:** Mit dem Schwerpunkt auf Rückenschmerzen zielt diese Studie darauf ab, die Schritte des Clinical-Reasoning-Prozesses bei der körperlichen Untersuchung in der Osteopathie zu beschreiben und die Elemente zu identifizieren, die die Untersuchungsroutine von Osteopathen verändern.

**Methode:** Es wurden halbstrukturierte Interviews mit zwölf französischsprachigen Osteopathen, die in der Schweiz arbeiten, geführt. Die relevanten Sinneinheiten wurden anhand einer thematischen Analyse extrahiert. Die Ergebnisse wurden von den Teilnehmern mithilfe eines zweistufigen Konsensprozesses verfeinert und validiert.

**Ergebnisse:** Es konnten fünf Schlüsselschritte identifiziert werden: die allgemeine Untersuchung, die Exploration der Beschwerden, die funktionelle Orientierung, die Identifizierung spezifischer Parameter und die Bewertung der Integration der Veränderungen. Die Untersuchungsroutine würde durch die Werte des Patienten, die vorherige Vorstellung der Funktionsweise des Patienten, seine Einstellungen und Muster sowie durch seine Ressourcen modifiziert. Diese Ergebnisse wurden von den Osteopathen, die am Konsensverfahren teilgenommen haben, validiert.

**Schlussfolgerung:** Im Rahmen der Studie wurde ein fünfstufiger Argumentationsprozess für die osteopathische körperliche Untersuchung im Zusammenhang mit Kreuzschmerzen beschrieben. Diese Schritte des Reasoning-Prozesses könnten über die Lumbalgie hinausgehen und auf einen möglichen Konsens in der Begründung der körperlichen Untersuchung im Allgemeinen hinweisen. Die Komplexität des Prozesses hebt die Bedeutung der Erfahrungen des Patienten hervor, wobei der Schwerpunkt auf der Neubewertung nach der Behandlung und der Bestätigung liegt. Die Anwendung dieser Ergebnisse könnte die Kommunikation zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe fördern.

#### SCHLÜSSELWÖRTER:

körperliche Untersuchung / osteopathische Medizin, clinical reasoning / qualitative Studie

## Références

1. Sackett DL, Rennie D. The Science of the Art of the Clinical Examination. *JAMA*. 1992;267(19):2650-2.
2. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Catalogue des disciplines et objectifs de formation de l'examen intercantonal pour ostéopathes [Internet]. 2007 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/osteopathie/zielkatalog-def-f.pdf>
3. Grace S, Orrock P, Vaughan B, Blaich R, Coutts R. Understanding clinical reasoning in osteopathy: a qualitative research approach. *Chiropr Man Therap*. 2016;24:6.
4. Seffinger M. Osteopathic History and Physical Examination. In: *Foundations Of Osteopathic Medicine*. 4e éd. 2019. p. 467-93, chapitre 22.
5. Gadet P. Avant-propos. In: *Maîtriser l'examen clinique en ostéopathie*. Elsevier Masson; 2018.
6. Esteves JE, Zegarra-Parodi R, van Dun P, Cerritelli F, Vaucher P. Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 1 mars 2020;35:1-4.
7. World Health Organization. Benchmarks For Training In Osteopathy. In: *Benchmarks For Training In Traditional /Complementary And Alternative Medicine [Internet]*. 2010 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf?ua=1>
8. Fryer G. Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2016;22:52-63.
11. Vaucher P. Questioning the rationality of clinical osteopathic tests: future perspectives for research. *Mains Libr*. 2016;33(1):33-7.
10. Fryer G, Johnson JC, Fossum C. The use of spinal and sacroiliac joint procedures within the British osteopathic profession. Part 1: Assessment. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2010;13(4):143-51.
11. Lepers Y, Salem W. La « dysfonction ostéopathique », un pur concept a priori. *Mains Libres*. 2016;(4):43-7.
12. Moran R. Somatic dysfunction – Conceptually fascinating, but does it help us address health needs? *International Journal of Osteopathic Medicine*. déc 2016;22:1-2.
13. Dinnar U, Beal MC, Goodridge JP, Johnston WL, Karni Z, Mitchell FL, et al. Classification of diagnostic tests used with osteopathic manipulation. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 1980;79(7):451-5.
14. Smith D. Reflecting on new models for osteopathy – it's time for change. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2019;31:15-20.
15. Basile F, Scionti R, Petracca M. Diagnostic reliability of osteopathic tests: A systematic review. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2017;25:21-9.
16. Vaucher P. Mains Libres : Quelle est la place du « diagnostic ostéopathique » dans une pratique réflexive éclairée centrée sur la personne? *Mains Libres*. 2022;(3):189-92.
17. Liem T. Intuitive Judgement in the Context of Osteopathic Clinical Reasoning. *J Am Osteopath Assoc*. 2017;117(9):586-94.
18. Lunghi C, Baroni F. Cynefin Framework for Evidence-Informed Clinical Reasoning and Decision-Making. *J Am Osteopath Assoc*. 2019;119(5):312.
19. Dinnar U, Beal MC, Goodridge JP, Johnston WL, Karni Z, Mitchell FL, et al. Description of fifty diagnostic tests used with osteopathic manipulation. *J Am Osteopath Assoc*. 1982;81(5):314-21.
20. Yazdani S, Hosseinzadeh M, Hosseini F. Models of clinical reasoning with a focus on general practice: A critical review. *J Adv Med Educ Prof*. 2017;5(4):177-84.
21. Stilwell P, Harman K. An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. sept 2019;18(4):637-65.
22. Vaucher P, Macdonald M, Carnes D. Osteopathy in Switzerland; Practice and Contribution to Healthcare 2016-2017 [Internet]. Fribourg: Swiss Osteopathy Science Foundation; 2018 juin. Report No.: Version 1.2. Disponible sur: [10.5281/zenodo.6300855](https://zenodo.org/record/6300855)
23. Thomson OP, Petty NJ, Moore AP. Diagnostic reasoning in osteopathy – A qualitative study. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2014;17(2):83-93.
24. Rehacek E, Vaucher P. Comprendre les processus de décision thérapeutique en ostéopathie; une étude qualitative [PhD Thesis]. [Lausanne]: Ecole Suisse d'Ostéopathie; 2006.
25. Thomson OP, Petty NJ, Moore AP. Clinical reasoning in osteopathy – More than just principles? *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2011;14(2):71-6.
26. Fryer G, Morse CM, Johnson JC. Spinal and sacroiliac assessment and treatment techniques used by osteopathic physicians in the United States. *Osteopath Med Prim Care*. 14 avr 2009;3:4.
27. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 5e éd.* [Internet]. Armand Colin; 2021. Disponible sur: <https://books.google.ch/books?id=iFQmEAAQBAJ>
28. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893-907.
29. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. In: *Archives of Psychology*. 1932. p. 1-55.
30. Jebb AT, Ng V, Tay L. A Review of Key Likert Scale Development Advances: 1995-2019. *Front Psychol*. 2021;12:637547.
31. Roots SA, Niven E, Moran RW. Osteopaths' clinical reasoning during consultation with patients experiencing acute low back pain: A qualitative case study approach. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2016;19:20-34.
32. Norman GR, Monteiro SD, Sherbino J, Ilgen JS, Schmidt HG, Mamede S. The Causes of Errors in Clinical Reasoning: Cognitive Biases, Knowledge Deficits, and Dual Process Thinking. *Acad Med*. 2017;92(1):23-30.
33. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2016;16(1):138.
34. Chenail RJ. Interviewing the Investigator: Strategies for Addressing Instrumentation and Researcher Bias Concerns in Qualitative Research. *The Qualitative Report*. 2011;255-62.
35. Albertson P. What are the factors that guide an osteopath during the process of technique choice? *Unitec New Zealand*. 2011;
36. Baroni F, Ruffini N, D'Alessandro G, Consorti G, Lunghi C. The role of touch in osteopathic practice: A narrative review and integrative hypothesis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2021;42:101277.
37. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*. 1997;12(1):38-48.
38. Lenio JA. Analysis of the Transtheoretical Model of behavior change. *Journal of Student research*. 2006;5:73-87.
39. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
40. Alejandro Luque-Suarez, Javier Martinez-Calderon, Deborah Falla. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2019;53(9):554.
41. Cerritelli F, Esteves JE. An Enactive–Ecological Model to Guide Patient-Centered Osteopathic Care. *Healthcare [Internet]*. 2022;10(6). Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/6/1092>
42. Abbey H, Nanke L, Brownhill K. Developing a psychologically-informed pain management course for use in osteopathic practice: The OsteoMAP cohort study. *International Journal of Osteopathic Medicine [Internet]*. 2020; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1746068920300535>
43. Fryer G. Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1: The mechanisms. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2017;25:30-41.
44. Thomson OP, Petty NJ, Moore AP. Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2013;16(1):25-32.
45. Melin J, Nordin Å, Feldthusen C, Danielsson L. Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2019;0(0):1-18.
46. Gruppen LD, Frohna AZ. Clinical Reasoning. In: Norman GR, van der Vleuten CPM, Newble DJ, Dolmans DHJM, Mann KV, Rothman A, et al., éditeurs. *International Handbook of Research in Medical Education [Internet]*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2002. p. 205-30. Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-94-010-0462-6\\_8](https://doi.org/10.1007/978-94-010-0462-6_8)