

Thèse qualitative : Anamnèse ostéopathique

Isabelle Gagnon, 2010

Au cours de notre formation au « temps partiel » au CEO de Montréal, il nous a été enseigné l'importance de l'anamnèse du patient dans la compréhension initiale de l'histoire de santé de ce dernier. Lors des journées cliniques externes au « temps partiel », nous avons observé de nombreuses approches sur lesquelles les superviseurs s'appuient pour cogiter et procéder au déroulement de la consultation malgré le fait qu'ils aient tous reçu la même formation au CEO. Le questionnaire de santé d'un patient et le raisonnement clinique qui en découle sont indispensables à l'efficacité du traitement ostéopathique. Or, le raisonnement clinique s'avère être un outil de travail difficile chez certains étudiants.

Notre recherche vise principalement à répondre à la question suivante: Comment les informations recueillies lors de l'anamnèse servent-elles à formuler des hypothèses, et subséquemment de quelles façons peuvent-elles contribuer à l'élaboration d'un plan de traitement ostéopathique ? De cette question découlent trois sous-questions : La première, définir ce qu'est une anamnèse. La deuxième, en ostéopathie, comment l'anamnèse permet-elle de cibler l'évaluation objective et d'élaborer un plan de traitement ? Et finalement, lors d'une consultation ostéopathique, comment évolue le raisonnement clinique de l'ostéopathe-expert à travers les différentes étapes de l'entretien ? De plus, nous espérons que cette étude permet d'élaborer des outils pédagogiques supplémentaires afin de faciliter le raisonnement clinique chez les étudiants en ostéopathie.

Pour répondre à ces questions, nous avons choisi d'adopter une approche qualitative de type ethnographique descriptive. Cette approche, qui fut effectuée sur une période d'une année, nous a permis de faire immersion dans le milieu « naturel » de travail de l'ostéopathe-expert afin d'approfondir notre compréhension du raisonnement clinique basé sur l'anamnèse ostéopathique.

La recension des écrits

L'anamnèse fait partie des étapes qui sont franchies lors d'une consultation ostéopathique. L'anamnèse est également une étape importante pour établir le diagnostic étiopathique, qui est un raisonnement de type cause à effet, le diagnostic d'exclusion, qui permet d'éliminer les urgences médicale et finalement, le diagnostic palpatoire qui traduit la perception qu'a l'ostéopathe du manque de vitalité, de mobilité et de la position d'une structure de l'organisme. L'anamnèse contient des informations qui vont guider l'ostéopathe à orienter son traitement. Les informations recueillies permettent d'émettre des hypothèses qui orientent l'évaluation objective.

Le contenu de l'anamnèse doit être ciblé et pertinent afin de potentialiser l'efficacité du processus de raisonnement clinique. Les deux processus de raisonnement clinique les plus

courants sont le processus hypothético-déductif et le processus non-analytique. Or, il existe autant de façons de raisonner qu'il existe de cliniciens. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous devons favoriser diverses stratégies de raisonnement clinique ostéopathique chez les étudiants et nouveaux diplômés. Qui de mieux placé que l'expert pour apporter cette diversité? L'expert a l'avantage de détenir de grandes capacités de mémoire et de résolution de problème. Par contre, il est souvent incapable de verbaliser ses propres interprétations et d'expliquer le fonctionnement de sa pensée, ce qui rend difficile pour une tierce personne de reproduire son savoir-faire. De plus, l'expérience lui procure une vision intuitive de la situation et lui permet de solutionner un problème clinique sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics.

Dans le domaine de l'ostéopathie, on ne retrouve pas beaucoup de recherches faites sur l'anamnèse et peu d'écrits font référence au raisonnement clinique. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi d'approfondir sa compréhension à l'aide de notre thèse, dans le but de mieux outiller les étudiants.

Méthodologie de la recherche

• Outils de mesures

Nous avons choisi de faire une revue de la littérature existante sur notre sujet pour ensuite effectuer l'observation du déroulement d'une première consultation ostéopathique suivie d'une courte entrevue post-traitement chez les ostéopathes-experts. Une longue entrevue a été rajoutée comme troisième outil de mesure afin de mieux répondre à notre question de recherche.

• Triangulation

1) Triangulation par diversification des méthodes

La triangulation des sources dans cette étude est obtenue par l'utilisation de séances d'observation, de courtes entrevues post-traitement et longues entrevues avec les ostéopathes-experts.

2) Triangulation par diversification des sources

En plus d'observer et de nous entretenir avec les ostéopathes-experts, nous avons effectué une recherche auprès d'écoles ostéopathiques autres que le CEO, afin d'obtenir les études connexes à notre sujet. Parallèlement, notre revue de littérature s'est poursuivie tout au long de la recherche.

• Critères de sélection

La population ciblée pour réaliser cette étude est celle des ostéopathes-experts qui répondent aux critères de sélection suivants :

- 1) Avoir acquis au moins dix ans d'expérience (à partir du moment où il/elle est diplômé du CEO et en rédaction de thèse) ou avoir acquis au moins dix ans d'expérience en tant qu'ostéopathe et faisant partie du personnel enseignant du CEO.
- 2) Avoir démontré de l'intérêt soit à approfondir ses connaissances en suivant, par exemple, des formations supplémentaires (formation continue), soit à créer ou à participer à la progression de l'ostéopathie par son travail.

- **Stratégies de sélection**

À partir du répertoire des ostéopathes et du personnel enseignant fourni par le CEO de Montréal, ainsi que toutes les listes existantes de 2000 à 2008 contenant le nom des ostéopathes et étudiants présents aux différents ateliers organisés par ce dernier, nous avons sélectionné ceux et celles qui répondaient aux deux critères de sélection.

Analyse des données

Nous avons procédé à l'analyse et l'interprétation des données recueillies selon la méthode de collecte associée. Au cours des observations, nous avons noté que certaines informations apparaissent être utiles et d'autres moins pour l'ostéopathe-expert dans le déroulement de la première consultation. Nous avons constaté que les participants ont abordé en moyenne quatorze des dix-neuf catégories préalablement établies. Il fut noté que les participants ont questionné leur patient plus en détail, et ce, dans douze des quatorze catégories abordées. Les ostéopathes-experts sollicitent plus de renseignements afin de comprendre la problématique de la personne qui les consulte. Il semble qu'ils ne se satisfont habituellement pas de savoir qu'un système est seulement dysfonctionnel mais qu'ils questionnent encore pour préciser certaines informations. Suite à cette analyse, nous avons observé que tous les participants ont eu le souci du détail, à différentes proportions, à cette étape de la consultation, soit l'anamnèse. Nous avons noté qu'ils utilisent cet outil avec rigueur. Il apparaît que certains d'entre eux considèrent l'anamnèse comme processus continu car ils interrogent leur patient à toutes les étapes de la consultation.

Dans le processus de raisonnement clinique, les données contenues dans l'anamnèse ont amené tous les participants à identifier des hypothèses de départ. À partir des hypothèses de départ, le choix des tests fut établi pour l'évaluation objective. Nous pensons que l'étape de vérification des hypothèses, par l'utilisation des tests spécifiques, fait partie des étapes franchies par les ostéopathes-experts pour raisonner cliniquement. Les tests effectués ainsi que la palpation apportent de nouveaux éléments importants et même de nouvelles hypothèses sur la dynamique du malaise de la personne que l'anamnèse ne permet pas d'identifier dès le départ.

En observant les résultats obtenus lors des courtes entrevues post-traitement, nous avons constaté que les données déterminantes pour le plan de traitement chez tous les participants observés provenaient principalement de l'anamnèse et majoritairement des résultats obtenus lors des tests ostéopathiques.

Afin d'effectuer l'analyse des longues entrevues, nous avons d'abord fait l'extraction des données pertinentes provenant des verbatims pour répondre à nos questions de thèses. Ensuite, nous avons catégorisé les idées similaires répondues par les participants.

En résumé, les résultats qui sont ressortis de l'analyse de cette troisième méthode de collecte permettant de répondre à nos questions de recherche ainsi que de comprendre l'anamnèse ostéopathique, sont les suivants. Les résultats nous ont apporté des précisions sur son contenu. L'anamnèse comprend toutes les informations nécessaires à la compréhension de la problématique de la personne qui consulte. Parmi les informations recueillies, les antécédents sont ressortis comme élément qui guide la formulation des hypothèses de départ ainsi que l'élaboration du plan de traitement. Les résultats ont également soulevés que pour effectuer une anamnèse, il est essentiel d'établir un contact du patient envers lui-même et envers le

thérapeute, qu'il faut prendre en considération l'ouverture du patient et faire preuve de vigilance. Les résultats nous ont éclairés sur l'utilisation optimale de l'anamnèse qui consiste entre autres à poser les bonnes questions pour faciliter le raisonnement clinique. Les résultats ont démontrés que l'anamnèse détient une place cruciale durant les différentes étapes de la consultation ostéopathique.

Discussion

Le questionnement est un processus continu, qui ne prend jamais fin parce que l'ostéopathe-expert continue de faire des liens avec les éléments contenus dans l'anamnèse et ceux recueillis lors de l'évaluation et du traitement. Il pourrait subvenir des situations qui obligeront l'ostéopathe-expert à écourter l'anamnèse lors d'une première consultation parce que la condition du patient requiert une attention immédiate. Lors du questionnement, c'est le rôle de l'ostéopathe-expert de s'assurer que le patient comprend bien la question et de demander des précisions pour s'en assurer. Lors de notre recherche, les ostéopathes-experts ont souligné qu'ils devaient demeurer vigilants lorsqu'ils questionnent leur patient parce que ces derniers semblent conserver des informations intentionnellement ou involontairement. Or, l'ostéopathe se doit de prendre le temps d'interroger suffisamment le patient afin d'éliminer une éventuelle urgence.

L'ostéopathe doit se préoccuper de la qualité de l'anamnèse qu'il effectue. Il doit s'interroger quant à savoir la pertinence de la question posée et il devrait être capable d'en donner la justification. L'ostéopathe doit se préoccuper de la qualité de l'anamnèse qu'il effectue. Il doit s'interroger quant à savoir la pertinence de la question posée et il devrait être capable d'en donner la justification.

L'anamnèse fait partie du processus de guérison pour le patient. Les résultats obtenus ainsi que la littérature tendent à soutenir que lorsque le patient raconte sa vie, il se libère d'une charge et qu'à partir de ce moment, s'amorce la guérison. Pendant l'anamnèse de départ et durant le traitement, le patient est amené à prendre contact avec lui-même. Ce dernier constate, en contactant le médecin intérieur, qu'il existe possiblement un lien entre certains événements et les malaises qui se sont développés par la suite. Le temps que consacre l'ostéopathe à verbaliser avec son patient sur ce qui se passe dans son corps pendant le traitement favorise l'efficacité du traitement à son plein potentiel.

Afin de poursuivre son raisonnement clinique, l'ostéopathe-expert se sert des hypothèses de départ comme pistes sur lesquelles il peut s'appuyer pour orienter son évaluation objective. Or, la rapidité à laquelle sont émises les hypothèses est une caractéristique appartenant au comportement de l'expert. Il serait donc significatif et avantageux pour les étudiants au « temps partiel » que le programme au CEO contienne un nombre plus élevé d'heures cliniques dédiées à l'anamnèse ainsi qu'à l'élaboration d'hypothèses. Comme de nouvelles hypothèses surgissent à travers l'évaluation, la palpation et lors des questions posées pendant le traitement et sachant qu'elles ne sont pas incluses dans l'anamnèse de départ, nous sommes conscients que l'anamnèse en soit n'est pas suffisante pour établir un plan de traitement approprié.

Lors de l'évaluation objective, l'ostéopathe poursuit sa quête de nouvelles données lui permettant de faire la vérification des hypothèses de départ. De là, il est en mesure d'orienter son plan de traitement. Toutefois, l'évaluation objective ne se limite pas à vérifier les hypothèses de départ. Cette dernière vise à identifier les zones ou les structures dont la vitalité est brimée dans son expression et dont la position et la mobilité se trouvent altérées de la

normal. Les éléments de l'anamnèse ainsi que les hypothèses qui en découlent orientent l'évaluation objective.

Nous avons noté que les ostéopathes-experts adoptent une méthode d'évaluation qui leur est propre et qui diffère d'un ostéopathe à l'autre. Avec l'expérience et l'acquisition de nouvelles connaissances, les ostéopathes-experts adaptent leur routine d'évaluation tout en conservant la méthodologie du collègue.

La condition ainsi que la symptomatologie du patient guident l'ostéopathe-expert à évaluer ou non; à éviter ou à choisir une position et/ou un test; à s'orienter vers une zone spécifique et à utiliser un ou des tests spécifiques pour mieux cerner la dynamique du problème.

L'ostéopathe risque de passer à côté de quelque chose de très important si son évaluation est basée exclusivement sur des informations contenues dans l'anamnèse, d'autant plus si cette dernière n'est pas complète. Ce qui nous fait prendre conscience qu'un ostéopathe est continuellement face à un risque que quelque chose lui glisse entre les mains et qu'il ne devrait jamais se croire à l'abri.

Le nombre et le type de traitements reçus, la demande et les symptômes, la condition et les antécédents traumatiques appartiennent à l'ensemble des éléments contenus dans l'anamnèse qui contribuent à l'élaboration du plan de traitement. Les ostéopathes-experts s'appuyaient donc sur les données récoltées lors de l'anamnèse, verbales et non-verbales; des résultats obtenus lors des tests et/ou de la palpation et/ou de ce qu'ils observent dans la posture, en lien avec les hypothèses premières confirmées et les nouvelles hypothèses.

Les résultats de notre recherche, corroborant avec les écrits d'Eva (2005) et de Nendaz et al. (2005), nous confirment qu'il n'existe pas un seul mais plusieurs différents processus de raisonnement clinique qu'utilisent les ostéopathes-experts. Pour améliorer son raisonnement clinique, l'ostéopathe-expert s'accorde des moments pour faire l'acquisition de nouvelles connaissances provenant de documents ou de formations post-graduées ou connexes. Ce que l'ostéopathe-expert comprend ou apprend au cours de sa vie personnelle contribue à perfectionner son raisonnement clinique. L'échange entre collègues, apporte également une richesse quant aux différentes connaissances et expériences partagées entre différents ostéopathes. L'ostéopathe-expert se laisse guider par l'intuition lors des différentes étapes du raisonnement. Comme nous l'avons mentionné dans la littérature, l'intuition survient avec l'expérience et permet à l'expert de ne pas se perdre dans un large éventail de solutions et diagnostics.

Nous proposons d'aller préciser les besoins des étudiants et nouveaux gradués afin de savoir ce qui les aiderait spécifiquement dans leur raisonnement clinique ostéopathique, à savoir le mode d'apprentissage tel que visuel, kinesthésique/tactile qui pourrait les satisfaire. Il serait intéressant de faire une comparaison entre les méthodes pédagogiques; cours magistral, l'analyse de cas, la simulation, etc., utilisées au collège et celles qui rejoindraient le plus grand nombre de mode d'apprentissage utilisés chez les étudiants.

Conclusion

Cette thèse apporte des informations pertinentes et précieuses aux étudiants nécessitant d'approfondir leur compréhension de l'anamnèse et de sa place dans le raisonnement clinique ostéopathique. Finalement, la lecture de cet ouvrage se dévoile être un outil pédagogique en soit.