

Dans quelle mesure la prise en charge ostéopathique des gonalgies chez les adolescents et les adultes est en concordance avec les bonnes pratiques ? Un sondage

TRAVAIL DE MASTER

Projet de recherche soumis à la Filière en Ostéopathie du domaine de
Santé de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale pour obtenir le
grade de

Master en Sciences mention ostéopathie (MSc Ost)

par

Félicia Rossier

14-571-970

Réalisé sous la direction de Katia IGLESIAS

Version du travail : 1.0

Date de soumission : 08.03.19

Déclaration en rapport avec le plagiat

Ce travail a été écrit par mes soins et avec mes mots exceptées les citations venant des sources publiées ou non publiées qui ont été clairement identifiées.

Je suis consciente que l'incorporation de mots et paragraphes sans citation de la source sera traitée comme plagiat, sujet à la remédiation de la HES-SO.

Les sources d'images, de schémas et autres illustrations utilisées et ne venant pas de mon propre travail sont clairement indiquées et j'ai pris la peine de vérifier que j'avais l'autorisation de les utiliser.

Lieu et date : Fribourg, le 31.01.2018

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Rossier', with a stylized flourish above the name.

Résumé

But : Les gonalgies sont un motif de consultation fréquent en ostéopathie. Le but de ce sondage est de comparer la prise en charge ostéopathique des gonalgies et les recommandations de bonnes pratiques actuelles du « National Institute for Health and Care Excellence » (NICE) ciblées sur le genou. Actuellement, aucune étude n’a été effectuée sur ce sujet.

Méthode : Un questionnaire contenant des questions fermées et ouvertes a été envoyé à tous les ostéopathes francophones membres de la Fédération Suisse des Ostéopathes (FSO), soit 593 ostéopathes. Le taux de réponse obtenu est de 18%. Le sondage avait pour but de récolter des informations sur l’ostéopathe ainsi que sur la prise en charge de son dernier patient atteint de gonalgie en termes d’anamnèse et d’examen clinique, ainsi que le report de ces informations dans le dossier des patients.

Résultats : Selon les recommandations, il est attendu que les ostéopathes posent un certain nombre de questions anamnétiques et effectuent plusieurs tests cliniques, ce qui est suivi par respectivement 83% et 73% des ostéopathes. Concernant l’écriture des informations issues de l’anamnèse et de l’examen clinique dans le dossier médical, respectivement 86% et 63% des ostéopathes suivent les bonnes pratiques. Lorsqu’ils ne posent pas une question anamnétique, la raison principale émise est la déduction de la réponse depuis les autres informations données par le patient. Les résultats négatifs des tests cliniques ne sont que peu souvent notifiés dans les dossiers des patients.

Conclusion : Les ostéopathes ne suivent que partiellement les recommandations du NICE. Les critères anamnétiques sont davantage suivis que les critères de l’examen clinique. De plus amples recherches sur les conséquences du non-respect de ces recommandations doivent être effectuées.

MeSH terms : Gonalgie, douleur du genou, ostéopathie, bonnes pratiques, adultes et adolescents.

Nombre total de mots : 3926

Nombre de tableaux : 5

Nombre de figures : 2

Forces et limitations de cette étude

- Les questions du sondage ont été créées directement à partir des critères du NICE, l'analyse des données est donc directement transposable aux recommandations de bonnes pratiques
 - Tous les ostéopathes francophones membres de la FSO ont été invités à répondre au sondage (grand nombre d'ostéopathes)
 - Faible taux de réponse (18%)
 - Les données récoltées sont quantitatives et qualitatives pour une analyse plus complète
 - Nombreuses questions emboîtées et nombre de réponses très variées pour chaque question
-

1. Introduction

Le genou est une structure composée de plusieurs articulations (fémoro-tibiale, tibio-fibulaire et fémoro-patellaire) stabilisées par de nombreux éléments. Toutes ces composantes peuvent être atteintes, ce qui explique l'étiologie multiple des douleurs du genou. Malgré de nombreux diagnostics différentiels possibles, une anamnèse rigoureuse et un examen clinique minutieux permettent de cibler ces troubles.

Les gonalgies sont fréquemment rencontrées dans la population générale. Parmi les douleurs musculo-squelettiques, le genou est un des sites les plus touchés après les douleurs lombaires (1). La prévalence des douleurs du genou chez les personnes de plus de 16 ans est de 19% selon un sondage réalisé chez des patients de médecins généralistes en Angleterre (2). Les gonalgies constituent 6,5 % des motifs de consultation ostéopathique en Suisse (3).

Les affections du genou sont en augmentation croissante dans la population, cela est en partie dû aux traumatismes des sportifs et au vieillissement de la population, le genou constituant un des principaux sièges d'arthrose. Sur une année, 25% des personnes âgées de plus de 55 ans souffrent de gonalgie persistante (4), la prévalence étant plus élevée chez les femmes (5). Une étude coréenne a montré que 37,3% de la population de plus de 50 ans présente des signes d'arthrose du genou à la radiographie, alors que seulement 24,2% de cette population est symptomatique (6). Malheureusement, encore très peu de personnes ont recours à l'ostéopathie pour leur arthrose (7).

Il y a également beaucoup d'adolescents touchés par les gonalgies, la prévalence est estimée à 22,6% (gonalgie dans les 7 derniers jours) chez les jeunes entre 10 et 17 ans (8). La prévalence des gonalgies augmente au fil des années, et cela pourrait être partiellement dû à l'obésité (2,9).

Trois quarts de la population exprime des douleurs à des sites multiples (10,11). Une étude a montré la coexistence de gonalgie et de lombalgie chez 12,2% de la population (12) .

La médication est actuellement le traitement le plus commun pour les gonalgies chroniques (13). Il faut savoir que 81% des personnes ne veulent pas avoir recours à la chirurgie car leur douleur n'est pas suffisamment sévère, et que les thérapies manuelles (y compris l'ostéopathie) peuvent être un moyen efficace pour diminuer les douleurs du genou (14), y compris les gonalgies dues à l'arthrose (15). La gonalgie est une atteinte qui a un impact important sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent (16).

L'ostéopathie est une thérapie manuelle qui s'intéresse, entre autres, aux atteintes musculo-squelettiques. L'ostéopathe recherche des dysfonctions somatiques (17) et peut traiter de nombreuses atteintes du genou qui entraînent des réductions de mobilité.

Les recommandations du NICE, y compris pour les gonalgies, sont faites pour les médecins et les praticiens du domaine de la santé, et comprennent les caractéristiques essentielles à une prise en charge optimale de nombreux troubles. Ces guidelines sont surtout utiles en terme de diagnostic, pour déceler une atteinte de la structure ou une pathologie. Ces recommandations du NICE ont été créées au Royaume-Uni et sont utilisées comme référence dans cette étude car aucun regroupement de recommandations appuyées par la recherche n'existent en Suisse concernant la prise en charge des gonalgies.

Les guidelines du NICE sont également applicables à l'ostéopathie car, en tant que thérapeutes de première intention, les ostéopathes doivent être capable de diagnostiquer une atteinte de la structure. D'autres recommandations de bonnes pratiques ont été trouvées mais ne sont pas acceptées comme référence pour cette étude étant donné qu'elles ne sont pas axées sur l'anamnèse ou l'examen clinique (19,20).

Le but de cette étude est d'investiguer si la prise en charge des gonalgies chez les adultes et les adolescents par les ostéopathes concorde avec les bonnes pratiques ciblées sur le genou du NICE, selon le document révisé en août 2017 (21). Pour répondre à cette question, deux

composantes ont été analysées. D'une part ce qui est fait par les ostéopathes, et d'autre part ce qui est rapporté dans les dossiers des patients. Ce dernier point est un aspect important des bonnes pratiques usuelles ostéopathiques selon le document « Osteopathic Practice Standards » (18) qui contient tous les standards de conduite et les compétences requises par les ostéopathes, mais ne fait pas partie des recommandations du NICE.

2. Méthode

2.1 Population d'étude

La population étudiée est constituée des ostéopathes francophones membres de la Fédération Suisse des ostéopathes (FSO), qu'ils soient diplômés de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ou ostéopathes assistants. Il n'y a pas de critères d'exclusion.

2.2 Questionnaire et recueil des données

Le recueil des données a été effectué par un questionnaire comportant des questions ouvertes et fermées (annexe 8.3). Le sondage a été envoyé par mail par le secrétariat de la FSO le premier juin 2018. Un second mail a été envoyé deux semaines après (le 14 juin 2018) dans le but d'augmenter le taux de réponse. Les e-mails (annexe 8.1) contenaient une brève explication ainsi que le lien du sondage en ligne. Les ostéopathes intéressés ont donné leur consentement (annexe 8.2) avant de débiter le sondage.

Le questionnaire, anonyme, a été réalisé grâce à l'outil Redcap (Research Electronic Data Capture) qui est un logiciel sécurisé permettant la création et le management de questionnaires en ligne. Les ostéopathes ont pu répondre au sondage jusqu'au premier septembre 2018. Au total, 593 questionnaires ont été envoyés. 119 ostéopathes ont ouvert le questionnaire et 108 personnes y ont répondu, le taux de réponse est de 18%. Certaines personnes ont quitté le questionnaire avant que ce dernier ne soit terminé, des données manquantes sont donc présentes.

Le questionnaire a été testé au préalable lors d'une phase pilote par six ostéopathes sélectionnés et volontaires. Un « think aloud » a également été réalisé. Le temps nécessaire

pour répondre au sondage a été estimé à 15 minutes. Cette étude est transversale, il n'y a aucune notion de suivi.

2.2.1 Déroulement du questionnaire

L'ostéopathe a eu pour consigne de répondre à plusieurs questions concernant la prise en charge du dernier patient atteint de gonalgie qu'il a reçu en consultation, qu'il s'agisse d'une première séance pour gonalgie ou d'un suivi de traitement. Le patient devait être atteint d'une douleur du genou, antérieure, postérieure, médiale ou latérale, comprise entre les limites suivantes :

- Deux travers de doigts au-dessus de la patella
- Deux travers de doigts au-dessous de la tubérosité tibiale antérieure

La douleur pouvait être aiguë ou chronique, de toute intensité. Les gonalgies dues aux atteintes de la structure étaient comprises (arthrose, déchirures ligamentaires, kyste poplité, bursite, etc.), tout comme les gonalgies sans substrats anatomo-pathologiques.

Toutes les autres symptomatologies du genou (blocage, instabilité, etc.) n'ont pas été incluses s'il n'y avait pas un symptôme de douleur présent.

Les causes de gonalgies ne sont pas forcément les mêmes pour les adolescents et pour les adultes, mais la prise en charge reste identique (22), raison pour laquelle les jeunes dès 12 ans pouvaient également être pris en considération.

2.2.2 Format du questionnaire

Le questionnaire comportait quelques points introductifs axés sur l'ostéopathe et sa pratique (âge, sexe, possession du diplôme CDS, nombre d'années d'expérience, travail à l'étranger ou hors cabinet ostéopathique, format des dossiers médicaux, façons de mettre à jour sa pratique, nombre de patients par semaine, nombre de gonalgies hebdomadaires et types de traitement pratiqués). Certaines de ces questions ont été inspirées de l'OsteoSurvey (3), étude de grande échelle menée auprès des ostéopathes suisses.

Ensuite, chaque question correspondait à un critère présent dans le NICE. Les points anamnétiques avaient pour but de définir les informations demandées par les ostéopathes, ainsi que la présence ou l'absence de ces informations dans le dossier des patients. Enfin, les dernières questions concernaient l'examen clinique, c'est-à-dire quels tests avaient été effectués, et quelles informations de l'examen clinique étaient notifiées. Pour les ostéopathes

qui ne posaient pas une question ou qui n'effectuaient pas un test, ainsi que pour ceux qui ne notaient pas l'information dans le dossier du patient, une question leur demandant la raison a été posée, cela constitue la partie qualitative. Le sondage était composé de nombreuses questions emboîtées.

Si l'ostéopathe répondait au questionnaire pour un suivi de traitement, toutes les questions comprenaient la notion « *lors de la dernière consultation* ». Ceci permet d'objectiver s'il y a une différence entre le comportement des ostéopathes durant une première consultation pour gonalgie ou lors d'un suivi de traitement.

2.3 Analyse des données

Les données ont été importées de la base de données Redcap au logiciel statistique R (interface R studio).

2.3.1 Données quantitatives

Le nombre et le pourcentage d'ostéopathes qui suivent ou ne suivent pas chaque composante des guidelines et qui l'écrivent ou non dans le dossier des patients ont été calculés. Ensuite, dans le but de trouver des associations entre deux variables, des tests statistiques ont été effectués.

Pour tester si le suivi des guidelines était associé à l'âge, le nombre d'années d'expérience, le nombre de patients hebdomadaires ainsi que le nombre de gonalgies par semaine, des tests de Mann Whitney ont été effectués (la distribution ne permettait pas d'effectuer des tests de Student).

Pour objectiver si le suivi des recommandations était associé au sexe, à la possession du CDS, au travail à l'étranger, au travail hors cabinet, au format des dossiers, aux façons de mettre à jour sa pratique, à la date de consultation, à la présence ou l'absence de traumatisme et aux différents types de traitement, des tests de Fisher ont été effectués (les conditions d'application pour un χ^2 n'étaient pas atteintes).

Comme le design de cette étude est corrélationnel, le but est d'explorer des associations et non des relations de causes à effets. Tous les tests statistiques ont été effectués pour chaque variable. Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs si $p < 0.05$.

2.3.2 Données qualitatives

Pour chacune des questions ouvertes, les réponses qualitatives des ostéopathes ont été regroupées autant que possible en différentes typologies pour comprendre les raisons de non-concordance aux bonnes pratiques.

3. Résultats

3.1 Population d'étude

Caractéristiques des ostéopathes		
Variables	n	%
Age		
<i>Médiane (P25 - P75), années</i>	39 (31 - 46)	
Sexe		
Homme	49	45
Femme	59	55
Qualification		
Diplôme CDS	96	89
Ostéopathe assistant	12	11
Années d'expérience		
<i>Médiane (P25 - P75)</i>	11 (6 - 18)	
Travail à l'étranger		
Non	92	85
Oui	16	15
Travail hors cabinet		
Non	86	80
Oui	22	20
Format des dossiers médicaux		
Format informatique	64	60
Format papier	35	32
Format informatique et papier	9	8
Aucun dossier médical	0	0
Façons de mettre à jour la pratique		
Formations continues	108	100
Colloques de discussion	50	46
Pratique supervisée	12	11
Lecture d'articles de la littérature	70	65
Autre	3	3
Nombre de patients traités par semaine		
<i>Médiane (P25 - P75)</i>	35 (25 - 43)	
Nombre de gonalgies par semaine		
<i>Médiane (P25 - P75)</i>	2 (2 - 4)	
Types de traitements effectués		
Techniques sur les tissus mous	101	94
Mobilisations articulaires	96	88
Techniques de thrust HVBA	85	79
Techniques crâniennes	91	84
Techniques myotensives	79	73
Techniques de Jones	24	22
Techniques fonctionnelles	72	67
Traitement ostéopathique général	65	60
Thérapies myofaciales	62	57
Techniques d'inhibition	70	65
Approche biodynamique	17	16

Tableau 1 : Caractéristiques des ostéopathes

Les caractéristiques des ostéopathes se trouvent dans le tableau 1. La figure 1 représente l'âge et le sexe. Sur les 108 ostéopathes ayant répondu, l'âge moyen est de 40 ans (26 à 69 ans) et le nombre d'années d'expérience est de 13 ans (1 à 39 ans), 55% sont de femmes et 89% possèdent leur CDS. Parmi les 15% d'ostéopathes qui ont travaillé en dehors de la Suisse, on retrouve la France dans 44% des cas, puis l'Angleterre (19%). Parmi les 20% qui ont travaillé en dehors d'un cabinet, les ostéopathes pratiquent dans des hôpitaux, des cliniques ou des permanences médicales (59%). 60% des ostéopathes ont leurs dossiers sous format informatique. En moyenne, les ostéopathes traitent 36 patients par semaine dont deux pour gonalgies. 94% des ostéopathes effectuent des techniques sur les tissus mous, 88% des mobilisations articulaires et 84% des techniques crâniennes.

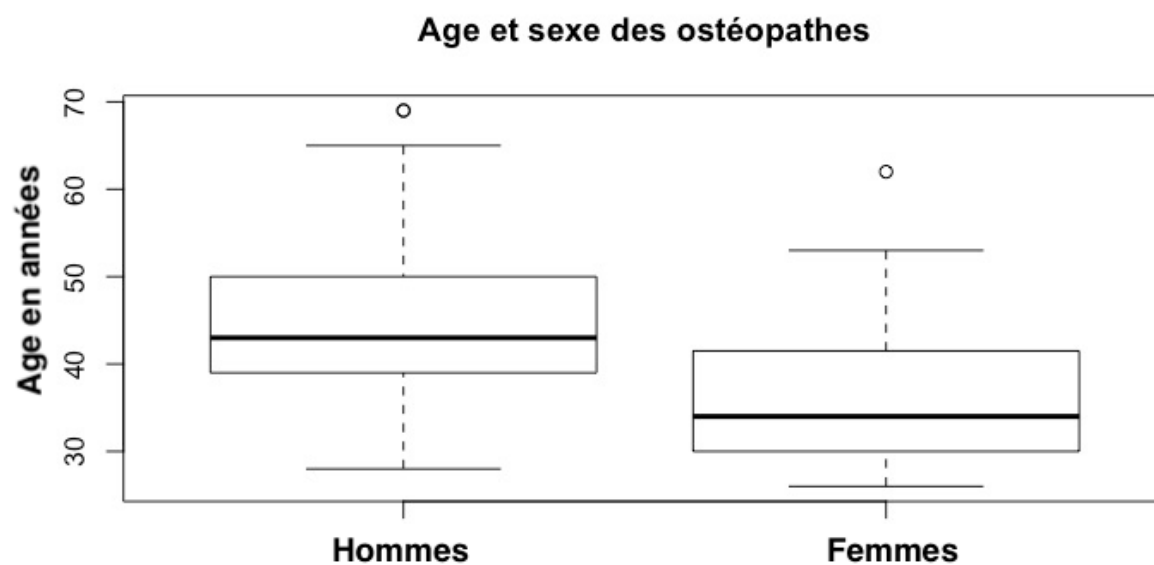


Figure 1 : Age et sexe des ostéopathes

3.1.1 Comparaison avec l'OsteoSurvey

Si l'on compare ces résultats avec l'OsteoSurvey (3) pour objectiver si l'échantillon de cette étude est représentatif d'une étude à beaucoup plus grande échelle, on trouve les résultats montrés dans le tableau 2.

Données comparables		Cette étude	OsteoSurvey
Sexe	% de femmes	55	54,7
Age	% d'ostéopathes de 40 ans ou moins	53	39,7
Ostéopathes CDS ou ostéopathes assistants	% d'assistants	11	12,5
Nombre de consultations par semaine	Moyenne	36	36

Tableau 2 : Données comparables avec l'OsteoSurvey

On remarque que l'échantillon de cette étude se compose davantage de jeunes ostéopathes de moins de 40 ans. Pour le reste des valeurs comparables, les données sont très similaires.

3.2 Caractéristiques du patient atteint de gonalgie

Les points comprenant moins de répondants sont dus aux questions emboîtées. Les caractéristiques des patients sélectionnés par les ostéopathes sont montrées dans le tableau 3.

Caractéristiques du patient sélectionné	n	%
Date de consultation du patient sélectionné		
Moins de trois jours	36	37
Moins d'une semaine	24	25
Moins de deux semaines	14	14
Moins de trois semaines	8	8
Plus de trois semaines	16	16
Motif de consultation		
Première consultation pour gonalgie	68	69
Suivi de traitement	31	31
Phénomène traumatique		
Oui	20	30
Non	47	70

Tableau 3 : Caractéristiques du patient sélectionné

3.3 Anamnèse

Les résultats concernant les questions de l'anamnèse se situent dans le tableau 4.

Critères du NICE	Première consultation				Suivi de traitement			
	Demandé		Ecrit		Demandé		Ecrit	
	Oui, n (%)	Non, n (%)	Oui, n (%)	Non, n (%)	Oui, n (%)	Non, n (%)	Oui, n (%)	Non, n (%)
Antécédents de traumatisme	63 (94)	4 (6)	54 (86)	9 (14)				
Autres articulations ou autre genou touché(es)	58 (89)	7 (11)	52 (90)	6 (10)	26 (87)	4 (13)	22 (85)	4 (15)
Début (depuis quand)	67 (100)	0 (0)	65 (97)	2 (3)				
Localisation	66 (100)	0 (0)	65 (98.5)	1 (1,5)	31 (100)	0 (0)	25 (81)	6 (19)
Horaire	55 (83)	11 (17)	50 (91)	5 (9)	28 (93)	2 (7)	24 (86)	4 (14)
Quantification	44 (67)	22 (33)	31 (70.5)	13 (29.5)	21 (70)	9 (30)	17 (81)	4 (19)
Qualité	46 (70)	20 (30)	38 (83)	8 (17)	19 (63)	11 (37)	15 (79)	4 (21)
Facteurs aggravants	66 (100)	0 (0)	63 (95.5)	3 (4.5)	28 (93)	2 (7)	27 (96)	1 (4)
Facteurs améliorants	63 (95.5)	3 (4.5)	59 (94)	4 (6)	27 (90)	3 (10)	25 (93)	2 (7)
Présence d'œdème	54 (82)	12 (18)	43 (80)	11 (20)	24 (80)	6 (20)	19 (79)	5 (21)
Début de l'œdème	15 (58)	11 (42)	14 (93)	1 (7)				
Raideur articulaire	46 (70)	20 (30)	39 (85)	7 (15)	22 (73)	8 (27)	16 (73)	6 (27)
Lors de douleur traumatique								
Mécanisme du traumatisme	20 (100)	0 (0)	18 (90)	2 (10)				
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme ?	16 (80)	4 (20)	14 (87.5)	2 (12.5)				

Tableau 4 : Résultats des questions concernant l'anamnèse

Les zones non remplies du tableau correspondent aux questions qui n'ont pas été posées (par exemple, la question sur le mécanisme du traumatisme n'est abordée uniquement lors d'une première consultation pour gonalgie).

Le taux de réponses conformes aux recommandations de bonnes pratiques se situe entre 58 et 100%, avec une moyenne de 83%. Il n'y a pas de différence significative entre un premier traitement pour gonalgie ou un suivi de traitement.

86% des ostéopathes suivent les recommandations de l'Osteopathic Practice Standards concernant l'écriture des informations dans le dossier du patient. Ils ont davantage tendance à écrire les informations dans le dossier du patient lors d'une première consultation (87,5%) que lors d'un suivi de traitement (83,7 %).

Plus d'un tiers des ostéopathes n'ont pas demandé au patient de quantifier la douleur. Leurs justifications (réponses qualitatives) se trouvent en annexe 8.7. Dans la plupart des cas, ils disent que cette information ne leur apporte rien dans leur prise en charge, qu'ils évaluent eux-mêmes l'intensité de la douleur en fonction des limitations fonctionnelles que décrit le patient, ou encore que cette information est trop subjective.

Concernant le type de douleur ressentie par le patient (comme par exemple sourde, brûlante, lancinante, etc.), plus de 30% des ostéopathes n'ont pas abordé ce sujet. La raison souvent émise est qu'ils déduisent par le reste de l'anamnèse que la douleur est clairement mécanique ou inflammatoire.

Environ 30% des ostéopathes n'ont pas demandé à leur patient s'il y avait la présence d'une raideur au niveau du genou. Pour la majorité, cette information n'est pas utile ou est incohérente avec le reste de l'anamnèse.

A contrario, tous les ostéopathes ont demandé depuis quand la douleur était apparue ainsi que la localisation et le mécanisme du traumatisme. Plus de 90% des ostéopathes ont posé des questions concernant les facteurs aggravants et améliorants, ainsi que la présence ou l'absence d'antécédents traumatiques sur le genou.

3.4 Examen clinique

Les résultats concernant l'examen clinique effectué par les ostéopathes sont montrés dans le tableau 5.

Critères du NICE	Première consultation et suivi de traitement			
	Testé à l'examen clinique		Ecrit dans le dossier	
	Oui, n (%)	Non, n (%)	Oui, n (%)	Non, n (%)
Observation des genoux	93 (98)	2 (2)	50 (54)	42 (46)
Recherche d'œdèmes, déformations et atrophies musculaires	92 (98)	2 (2)	52 (57)	40 (43)
Palpation	93 (99)	1 (1)	67 (72)	26 (28)
Test actif de flexion	76 (81)	18 (19)	43 (57)	32 (43)
Test actif d'extension	70 (75)	23 (25)	38 (57)	29 (43)
Tests des coxofémorales	80 (85)	14 (15)	41 (52)	38 (48)
Tests des chevilles / pieds	85 (91)	8 (9)	49 (58)	35 (42)
Tests du rachis	80 (86)	13 (14)	55 (70)	24 (30)
Observation de la marche	77 (82)	17 (18)	43 (56)	34 (44)
Signes d'arthrite septique	43 (46)	51 (54)	22 (51)	21 (49)
Test passif de rotation interne	82 (89)	10 (11)		
Test passif de rotation externe	82 (89)	10 (11)		
Test passif de valgus	75 (81.5)	17 (18.5)		
Test passif de varus	75 (81.5)	17 (18.5)		
Lors de traumatisme				
Critères cliniques pour une radiographie	5 (26)	14 (74)	4 (80)	1 (20)
Test de Lasègue	2 (10.5)	17 (89.5)	2 (100)	0 (0)
Evaluation des atteintes neurologiques : Sensibilité, force et réflexes	2 (10.5)	17 (89.5)	1 (50)	1 (50)
Recherche d'une rupture musculaire ou tendineuse	10 (53)	9 (47)	5 (50)	5 (50)
<i>Tests ligamentaires</i>	17 (89.5)	2 (10.5)	12 (71)	5 (29)
Ligaments collatéraux	15 (88)	2 (12)		
Test du tiroir antérieur	16 (94)	1 (6)		
Test de Lachmann	10 (59)	7 (41)		
Test du tiroir postérieur	13 (76.5)	4 (23.5)		
Autres tests	1 (6)	16 (94)		
<i>Tests méniscaux</i>	16 (84)	3 (16)	11 (69)	5 (31)
Palpation de l'interligne	16 (100)	0 (0)		
Test de Mc Murray	12 (75)	4 (25)		
Test d'Appley	6 (37.5)	10 (62.5)		
Autres tests	0 (0)	16 (100)		

Tableau 5 : Résultats des questions concernant l'examen clinique

73% des ostéopathes respectent les recommandations de bonnes pratiques. Ils sont 63% à suivre les recommandations de l'Osteopathic Practice Standards concernant l'écriture des informations dans le dossier du patient.

Dans presque la moitié des cas, les ostéopathes n'ont pas notifié dans leurs dossiers l'observation qu'ils ont effectuée. Soit parce qu'ils n'ont pas objectivé de différence entre le genou droit et le genou gauche, soit car ils n'ont aucun intérêt de le noter, ou encore par manque de temps.

28% des ostéopathes n'ont pas notifié le résultat de la palpation, 43% n'ont pas écrit avoir effectué de tests actifs. Entre 30 et 48% des ostéopathes n'ont pas mentionné qu'ils ont également testé les articulations de la hanche, du pied et du rachis. 44% n'ont pas écrit qu'ils ont effectué une observation de la marche.

54% des ostéopathes n'ont pas recherché les signes d'une arthrite septique car, pour presque tous les cas, l'arthrite septique n'était pas un diagnostic différentiel après l'anamnèse. Parmi ceux qui les ont recherchés, 49% ne l'ont pas écrit dans le dossier médical, principalement car il n'y avait aucun signe d'arthrite septique.

A contrario, plus de 90% des ostéopathes ont palpé le genou douloureux. Plus de 80% ont fait une observation de la marche et ont testé le genou passivement. L'articulation de la cheville est celle qui a été le plus souvent testée lors de douleurs de genou (91%), vient ensuite le rachis (86%) puis l'articulation coxo-fémorale (85%).

3.5 Recherche d'associations entre les caractéristiques des ostéopathes, l'anamnèse et l'examen clinique

Les tableaux de recherche d'associations se situent en annexe 8.4 (anamnèse) et 8.5 (examen clinique). En annexe 8.6 se trouve un tableau d'analyse d'associations. Plus de 1500 tests statistiques ont été effectués dans le but de trouver des associations entre deux variables. 67 valeurs significatives ont été trouvées. Ces valeurs représentent donc moins de 5% de tous les tests statistiques effectués. Cela indique qu'il est possible, voir probable, qu'une majorité des résultats significatifs soient liés à une erreur de type 1.

3.6 Réponses qualitatives

Certaines réponses qualitatives qui reviennent fréquemment sont présentées dans la figure 2, que cela soit pour l'anamnèse ou pour l'examen clinique, ainsi que pour ce qui est écrit dans le dossier médical. Les pourcentages ont été effectués à partir du nombre de fois que la raison évoquée est revenue pour toutes les questions posées aux ostéopathes.

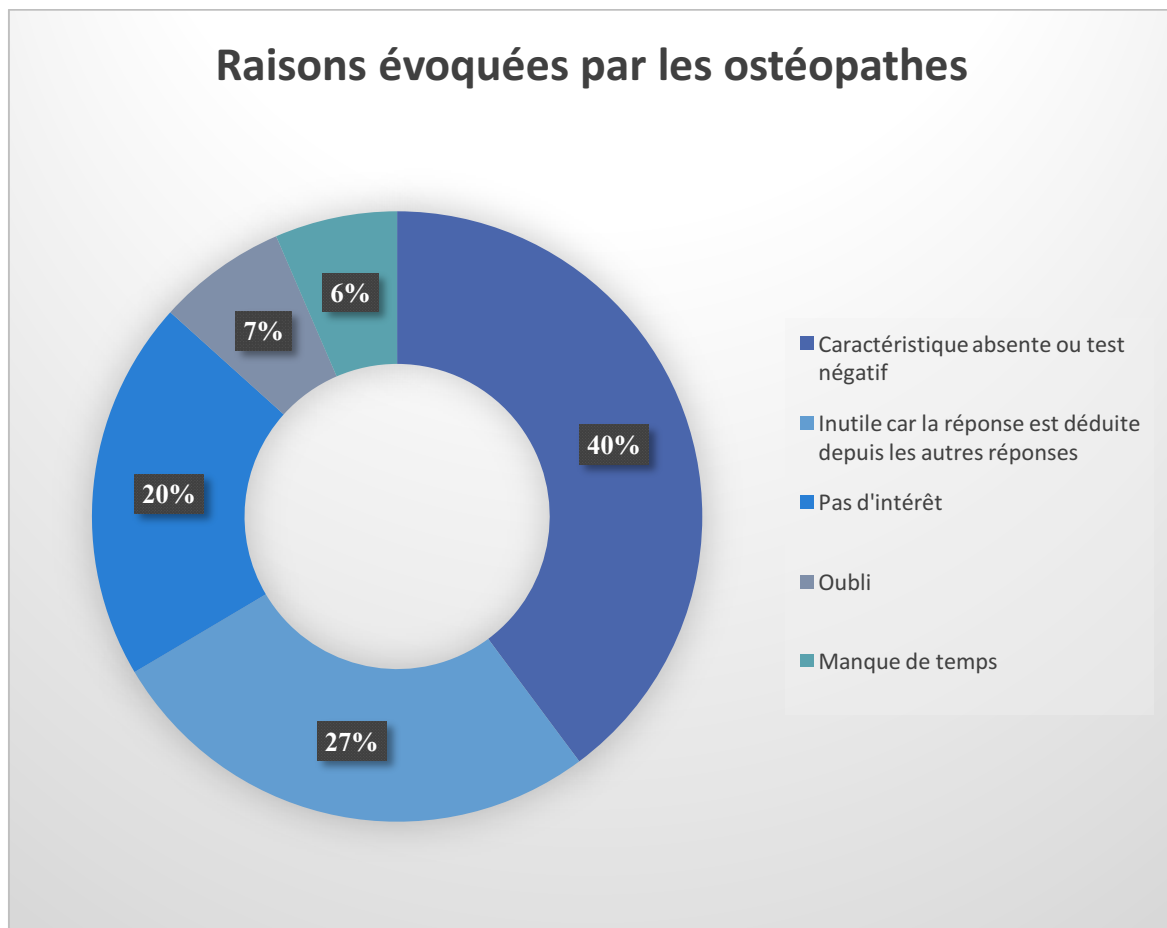


Figure 2 : Raisons évoquées par les ostéopathes

4. Discussion

Cette étude montre qu'il existe plusieurs recommandations de bonnes pratiques insuffisamment suivies par les ostéopathes, respectivement 17% et 27% des informations demandées à l'anamnèse et des tests effectués à l'examen clinique. Dans respectivement 14% et 37% des cas, les ostéopathes ne notifient pas dans le dossier du patient les informations issues de l'anamnèse et de l'examen clinique.

Dans la littérature actuelle, très peu voir aucune recherche n'a été effectuée dans le but de montrer quelles caractéristiques de la douleur sont importantes à demander lors de l'anamnèse. En effet, un des articles (23) sur lequel se base les critères du NICE évoque toutes les caractéristiques de la douleur à demander, mais n'évoque aucune référence. Malgré le fait que la douleur soit une donnée relativement subjective et propre à chacun (24), certaines caractéristiques sont plus fréquemment demandées que d'autres. L'intensité de la douleur est utilisée comme indicateur de l'effet d'un traitement ostéopathique dans plusieurs études

(25), mais aucune étude ne mentionne l'importance d'une telle information dans la pratique ostéopathique quotidienne, ou même dans d'autres domaines médicaux. Il est important de différencier deux concepts : L'échelle visuelle analogique de la douleur utilise un outil (comme une petite règle) pour que les patients placent leurs douleurs, alors que la demande verbale de l'estimation de la douleur n'en utilise pas (26). La qualité de la douleur est une information qui peut être une aide pour cibler le diagnostic (27). Son importance dans le diagnostic des gonalgies n'a pas été évaluée.

Concernant l'examen clinique, il est important de tester les pieds lors de douleur de genou car plusieurs recherches ont démontré un lien entre les gonalgies et l'affaissement de la voûte plantaire (« pieds plats ») (28,29). Plus de 90% des ostéopathes ont testé les chevilles et les pieds dans cette étude. Les autres recommandations concernant les tests à réaliser lors d'une plainte de genou n'ont pas réellement de fondements prouvés par des études.

Cette étude s'est aussi intéressée à l'absence de certaines informations dans les dossiers médicaux des patients. Beaucoup d'ostéopathes n'écrivent pas dans leurs dossiers les tests effectués qui se révèlent négatifs. Pourtant, il est spécifié dans le document sur les standards ostéopathiques (18) que les dossiers des patients doivent contenir les résultats des tests cliniques effectués, incluant les tests négatifs. Très peu d'études analysent les données écrites dans les dossiers des ostéopathes. Des études rétrospectives sont nécessaires dans ce domaine-là. Deux études (30,31) ont analysé le contenu des dossiers médicaux en rétrospectif, mais elles ne se sont pas intéressées aux informations de l'anamnèse et de l'examen clinique. Une étude (32) démontre cependant qu'une base de données standardisée pour la gestion des dossiers médicaux est nécessaire. En Suisse, il n'existe pas un logiciel unique pour la gestion des dossiers. Cette étude n'a pas pris en compte les conséquences de l'absence de certaines données dans les dossiers médicaux, comme par exemple les erreurs de diagnostic. Cela serait une étude intéressante à mener dans le futur. Le fait d'avoir peu de données reportées dans les dossiers avait été objectivé tout au début de cette étude, lorsque le choix de la méthode n'avait pas encore été fait. En effet, un audit clinique rétrospectif à partir des dossiers des patients était une option de départ qui a rapidement été abandonnée au vu de la faible quantité d'information présente. De plus, l'analyse de tout ce qui est demandé à l'anamnèse et testé à l'examen clinique n'aurait pas pu se faire.

La partie qualitative de ce sondage apporte une composante essentielle que peu d'études reportent pour l'instant. Il est en effet primordial de comprendre les raisons poussant les ostéopathes à ne pas suivre les recommandations afin de trouver des solutions réalisables. Dans la plupart des cas, les ostéopathes disent ne pas avoir demandé l'information car ils prédisent la réponse depuis les informations qu'ils connaissent déjà. Parallèlement, après avoir éliminé certaines catégories de diagnostics lors de l'anamnèse, les ostéopathes n'effectuent pas certains tests. Le manque de temps est une raison évoquée à plusieurs reprises. Mais cet argument est-il en accord avec une prise en charge optimale du patient ? Dans de nombreux cas, les ostéopathes ont simplement évoqué ne pas avoir d'intérêt à savoir ou à noter certaines informations, mais ils n'ont pas expliqué pourquoi. L'oubli est une raison évoquée par certains.

La recherche d'associations n'a rien démontré. On aurait pu s'attendre à trouver certaines associations, comme par exemple que le respect des recommandations est dépendant du nombre d'années d'expérience de l'ostéopathe, mais il n'en est rien. Peut-être que certaines associations significatives sont intéressantes, mais ces dernières sont noyées dans la masse d'erreurs de type 1.

Finalement, plusieurs limitations sont identifiables. C'est une étude encore très exploratoire, la méthode choisie est propice à de nombreux biais. Le questionnaire qui a été utilisé n'est pas validé. Comme les guidelines NICE sont en anglais, la traduction qui a dû être faite pour écrire le questionnaire en français peut constituer un biais. Ce dernier a été minimisé par l'étude pilote.

Le questionnaire s'intéressait à une unique consultation d'un patient atteint de gonalgie. Comme la prise en charge ostéopathique dépend de chaque patient, les questions posées et les tests effectués varient donc pour chaque patient. Une généralisation dans la prise en charge des gonalgies par les ostéopathes est difficile. C'est donc la concordance avec les guidelines du NICE qui est analysée ici et non pas son respect strict car aucun niveau d'évidence n'est mentionné pour définir chaque recommandation. Cela explique pourquoi le document du NICE contient des recommandations et non des obligations de pratique (33). Parallèlement, le document « Osteopathic Practice Standards » ne cite pas de source pour chacun de ses critères, il contient donc des recommandations.

Il est possible que les ostéopathes aient modifié leurs réponses et n'aient pas mentionné exactement ce qu'ils ont réellement effectué lors de la consultation ostéopathique. Peut-être que certains ostéopathes ont répondu positivement par désirabilité sociale et/ou par manque de temps (les questions qualitatives étaient posées uniquement lorsque les ostéopathes répondaient négativement).

Le sondage était constitué de nombreuses questions emboîtées, ce qui a rendu l'analyse des données parfois difficile. Plusieurs analyses ont démontré un résultat significatif à cause du peu de répondants. Le fait d'avoir séparé les premières consultations pour gonalgie des suivis de traitement a eu des répercussions statistiques plutôt négatives en diminuant le nombre de répondants. Par exemple, très peu d'ostéopathes ont répondu au questionnaire pour un cas de gonalgie traumatique, l'analyse de ces données est donc très limitée.

Certains ostéopathes n'ont pas été au bout du questionnaire. Une analyse des données manquantes n'a pas été réalisée même si cela aurait pu apporter quelques précisions quant à l'analyse des données.

L'analyse qualitative a été effectuée par une seule personne. Cela constitue un biais aux vues de la subjectivité relative des typologies de regroupement réalisées.

Certaines études ont été effectuées en ostéopathie sur les gonalgies, mais il s'agit pour la plupart d'articles s'intéressant aux traitements possibles pour une pathologie précise, comme par exemple le syndrome de l'essuie-glace (34) ou la gonarthrose (35). Au final, très peu d'études s'intéressent aux procédures diagnostiques (anamnèse et examen clinique) en ostéopathie.

5. Conclusion

Les recommandations du NICE ne sont que partiellement suivies par les ostéopathes. La qualification et la quantification de la douleur, ainsi que les raideurs du genou sont les critères les moins demandés à l'anamnèse. La recherche de signes d'arthrite septique est effectuée dans moins de 50% des cas. Les tests de l'examen clinique qui se révèlent négatifs ne sont souvent pas notifiés dans le dossier du patient. Cela peut avoir des répercussions négatives sur la prise en charge du patient, conséquences qui doivent encore être démontrées par de

futures recherches. Aucune association précise avec certains types d'ostéopathes ou de pratiques ostéopathiques n'a pu être identifiée.

6. Remerciements

Remerciements sincères à Madame Katia Iglesias pour son suivi tout au long de la rédaction de ce travail, ainsi qu'à Madame Patricia Rossier pour sa relecture attentive. Enfin, un grand merci à tous les ostéopathes ayant répondu au questionnaire.

7. Références

1. Carnes D, Parsons S, Ashby D, Breen A, Foster NE, Pincus T, et al. Chronic musculoskeletal pain rarely presents in a single body site: results from a UK population study. *Rheumatology* [Internet]. 1 juill 2007;46(7):1168-70. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kem118>
2. Webb R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Allison T, Symmons D. Opportunities for prevention of « clinically significant » knee pain: results from a population-based cross sectional survey. *J Public Health Oxf Engl*. sept 2004;26(3):277-84.
3. Vaucher P, Macdonald R, Carnes D. Osteopathy in Switzerland: Practice and Contribution to Healthcare 2016 – 2017. Version 1.2; June 2018; Swiss Osteopathy Science Foundation; Fribourg, Switzerland; doi: 10.5281/zenodo.1290808 [Internet]. Disponible sur: www.osteosurvey.org
4. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis*. févr 2001;60(2):91-7.
5. Turkiewicz A, Gerhardsson de Verdier M, Engström G, Nilsson PM, Mellström C, Lohmander LS, et al. Prevalence of knee pain and knee OA in southern Sweden and the proportion that seeks medical care. *Rheumatology* [Internet]. 1 mai 2015;54(5):827-35. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keu409>
6. Kim I, Kim HA, Seo Y-I, Song YW, Jeong J-Y, Kim DH. The Prevalence of Knee Osteoarthritis in Elderly Community Residents in Korea. *J Korean Med Sci* [Internet]. févr 2010;25(2):293-8. Disponible sur: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3346%2Fjkms.2010.25.2.293>
7. Jordan KM, Sawyer S, Coakley P, Smith HE, Cooper C, Arden NK. The use of conventional and complementary treatments for knee osteoarthritis in the community. *Rheumatology* [Internet]. 1 mars 2004;43(3):381-4. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keh045>

8. Saes MO, Soares MCF. Knee pain in adolescents: prevalence, risk factors, and functional impairment. *Braz J Phys Ther.* févr 2017;21(1):7-14.
9. Nguyen U-SDT, Zhang Y, Zhu Y, Niu J, Zhang B, Felson DT. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: survey and cohort data. *Ann Intern Med.* 6 déc 2011;155(11):725-32.
10. Sá KN, de Mesquita Pereira C, Souza RC, Baptista AF, Lessa I. Knee Pain Prevalence and Associated Factors in a Brazilian Population Study. *Pain Med* [Internet]. 1 mars 2011;12(3):394-402. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01063.x>
11. Carnes D. Patterns of chronic pain in the population. *Int J Osteopath Med* [Internet]. 1 sept 2011;14(3):81-5. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S174606891100085X>
12. Yoshimura N, Akune T, Fujiwara S, Shimizu Y, Yoshida H, Omori G, et al. Prevalence of knee pain, lumbar pain and its coexistence in Japanese men and women: The Longitudinal Cohorts of Motor System Organ (LOCOMO) study. *J Bone Miner Metab* [Internet]. 1 sept 2014;32(5):524-32. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00774-013-0522-1>
13. Mitchell HL, Hurley MV. Management of chronic knee pain: A survey of patient preferences and treatment received. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 18 sept 2008;9(1):123. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-123>
14. Brantingham JW, Globe G, Pollard H, Hicks M, Korporeal C, Hoskins W. Manipulative Therapy for Lower Extremity Conditions: Expansion of Literature Review. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 1 janv 2009;32(1):53-71. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161475408002911>
15. Deyle GD, Henderson NE, Matekel RL, Ryder MG, Garber MB, Allison SC. Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* [Internet]. 1 févr 2000;132(3):173-81. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-132-3-200002010-00002>
16. Jhun H-J, Sung N-J, Kim SY. Knee Pain and Its Severity in Elderly Koreans: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. *J Korean Med Sci* [Internet]. déc 2013;28(12):1807-13. Disponible sur: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3346%2Fjkms.2013.28.12.1807>
17. Liem T. A.T. Still's Osteopathic Lesion Theory and Evidence-Based Models Supporting the Emerged Concept of Somatic Dysfunction. *J Am Osteopath Assoc* [Internet]. 1 oct 2016;116(10):654-61. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.7556/jaoa.2016.129>
18. General Osteopathic Council. Osteopathic Practice Standard. 2012.
19. Gillian Robb, Duncan Reid, Bruce Arroll, Rod Jackson, Felicity Goodyear-Smith. General practitioner diagnosis and management of acute knee injuries: summary of an evidence-

- based guideline [Internet]. The New Zealand Medical Journal, 16 February 2007, Vol 120 No 1249; Disponible sur: <http://www.nzma.org.nz/journal/120-1249/2419/>
20. Bennett DL, Nelson JW, Weissman BN, Kransdorf MJ, Appel M, Bencardino JT, Fries IB, Hayes CW, Hochman MG, Jacobson JA, Luchs JS, Math KR, Murphey MD, Newman JS, Rubin DA, Scharf SC, Small KM, Expert Panel on Musculoskeletal Imaging. National Guideline Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality;
 21. National Institute for Clinical Excellence (2017) Knee pain - assessment.
 22. Unity Health Insurance Affiliated with UW Health. Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines.
 23. Calmbach WL, Hutchens M. Evaluation of patients presenting with knee pain: Part I. History, physical examination, radiographs, and laboratory tests. *Am Fam Physician*. 1 sept 2003;68(5):907-12.
 24. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*. avr 2017;158 Suppl 1:S11-8.
 25. Licciardone JC, Kearns CM, Minotti DE. Outcomes of osteopathic manual treatment for chronic low back pain according to baseline pain severity: results from the OSTEOPATHIC Trial. *Man Ther*. déc 2013;18(6):533-40.
 26. Emshoff R, Bertram S, Emshoff I. Clinically important difference thresholds of the visual analog scale: a conceptual model for identifying meaningful intraindividual changes for pain intensity. *Pain*. oct 2011;152(10):2277-82.
 27. Sharma S, Pathak A, Jensen MP. Words that describe chronic musculoskeletal pain: implications for assessing pain quality across cultures. *J Pain Res*. 2016;9:1057-66.
 28. Iijima H, Ohi H, Isho T, Aoyama T, Fukutani N, Kaneda E, et al. Association of bilateral flat feet with knee pain and disability in patients with knee osteoarthritis: A cross-sectional study. *J Orthop Res Off Publ Orthop Res Soc*. nov 2017;35(11):2490-8.
 29. Gross KD, Felson DT, Niu J, Hunter DJ, Guermazi A, Roemer FW, et al. Association of flat feet with knee pain and cartilage damage in older adults. *Arthritis Care Res*. juill 2011;63(7):937-44.
 30. Ault B, Levy D. Osteopathic manipulative treatment use in the emergency department: a retrospective medical record review. *J Am Osteopath Assoc*. mars 2015;115(3):132-7.
 31. Snider KT, Snider EJ, DeGooyer BR, Bukowski AM, Fleming RK, Johnson JC. Retrospective medical record review of an osteopathic manipulative medicine hospital consultation service. *J Am Osteopath Assoc*. oct 2013;113(10):754-67.
 32. Sleszynski SL, Glonek T. Outpatient Osteopathic SOAP Note Form: preliminary results in osteopathic outcomes-based research. *J Am Osteopath Assoc*. avr 2005;105(4):181-205.

33. Petignat P-A. [Are the guidelines the standards we have to follow]. Rev Med Suisse. 11 nov 2009;5(225):2271-5.
34. Pedowitz RN. Use of osteopathic manipulative treatment for iliotibial band friction syndrome. J Am Osteopath Assoc. déc 2005;105(12):563-7.
35. Barron MC, Rubin BR. Managing osteoarthritic knee pain. J Am Osteopath Assoc. nov 2007;107(10 Suppl 6):ES21-27.

8. Annexes

8.1 E-mail envoyé par la FSO

Voici ci-après le contenu de l'e-mail qui a été envoyé par la FSO à tous les ostéopathes du public cible.

Chères ostéopathes, Chers ostéopathes,

Avec le soutien de la FSO, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon Travail de Master en ostéopathie à la Haute Ecole de Santé à Fribourg afin de réaliser une recherche sur la prise en charge ostéopathique des gonalgies.

Afin de mener à bien cette étude, nous avons besoin de votre expertise pour répondre à un questionnaire en ligne (environ 15 minutes). Votre contribution est essentielle pour ce projet de recherche qui permettra d'avoir une vision globale des pratiques ostéopathiques dans le cadre de la prise en charge des gonalgies en Suisse Romande.

Pour les personnes intéressées à participer à cette étude, veuillez cliquer sur le lien suivant ou le copier/coller dans la barre de votre navigateur : <https://redcap.hes-so.ch/surveys/?s=M48M7E49CM>

D'avance merci pour votre collaboration, ainsi que celle de la FSO.

Félicia Rossier

BSc, Etudiante MSc filière ostéopathie, Haute Ecole de Santé Fribourg

Felicia.rossier@edu.hefr.ch

8.2 Explications et consentement

Et voici ci-après le texte d'introduction présent lorsque les ostéopathes ont ouvert le questionnaire :

Merci d'avoir cliqué sur le lien de ce sondage réalisé dans le cadre de ce Travail de Master en ostéopathie. Dans ce travail, nous nous intéressons à la prise en charge ostéopathique des gonalgies. L'intérêt est d'observer ce qui est fait en pratique au travers de vos réponses, sans notion de correct ou incorrect.

Compléter ce questionnaire devrait vous prendre environ 15 minutes.

Caractéristiques du patient

Pour répondre à ce sondage, j'aurais besoin que vous pensiez à la prise en charge de votre dernier patient atteint de gonalgie (unilatérale ou bilatérale). Pour répondre, vous aurez besoin du dossier de ce patient, un des buts de l'étude étant axé sur les informations présentes dans le dossier.

Le patient doit être âgé de 12 ans au minimum. La douleur que le patient exprime peut être antérieure, postérieure, médiale ou latérale, comprise entre les limites suivantes :

- Deux travers de doigts au-dessus de la patella
- Deux travers de doigts au-dessous de la tubérosité tibiale antérieure

La douleur peut être aiguë ou chronique, de toute intensité. Les gonalgies dues aux atteintes de la structure sont comprises (arthrose, déchirures ligamentaires, kyste poplité, bursite, etc.), tout comme les gonalgies sans substrats anatomo-pathologiques et les gonalgies traumatiques.

Les autres symptomatologies du genou, sans douleur, ne sont pas prises en compte (instabilité, blocage, etc.). Le questionnaire est à remplir pour une première consultation pour ce motif ou pour un suivi de traitement. Si la gonalgie est bilatérale, répondez aux questions pour le genou le plus symptomatique.

Anonymat

Ce sondage est anonyme, autant pour votre identité que pour celle du patient sélectionné.

Déroulement du questionnaire

Le questionnaire est séparé en trois parties. La première, la partie A, concerne toutes les informations introductives sur vous et votre pratique générale. La partie B concerne l'anamnèse effectuée lors de la prise en charge de votre patient souffrant de gonalgie. La partie C concerne les tests réalisés lors de l'examen clinique de votre patient souffrant de gonalgie. Pour pouvoir comprendre au mieux votre pratique, de nouvelles questions vous seront posées en fonction de vos choix de réponse (oui ou non).

A tout moment, vous pouvez quitter le questionnaire et continuer de le remplir à un autre moment. Pour cela, il vous suffit de cliquer sur le bouton "Enregistrer et retourner plus tard" en bas de l'écran, de copier le code donné et de mentionner votre adresse e-mail. Votre adresse e-mail ne sera pas enregistrée dans l'enquête, mais uniquement pour vous envoyer un lien vous permettant d'accéder à votre questionnaire.

Nous vous remercions d'ores et déjà pour votre contribution.

Félicia Rossier

BSc, étudiante en MSc filière ostéopathie, Haute Ecole de Santé Fribourg

felicia.rossier@edu.hefr.ch

Acceptez-vous de participer à cette étude ?

- Oui
- Non

8.3 Questionnaire

8.3.1 Partie A – Questions introductives

Voici ci-dessous la partie A du sondage concernant les questions introductives. Cette partie comprend des questions sur vous et votre pratique et ne concerne pas votre dernier patient atteint de gonalgie.

- Quel est votre âge (en années)? _____
- Quel est votre sexe?
 - Homme
 - Femme
- Etes-vous un ostéopathe diplômé CDS?
 - Oui
 - Non
- Combien d'années d'expérience clinique en ostéopathie avez-vous (les années d'étude ne sont pas comprises) ? _____
- Avez-vous travaillé en tant qu'ostéopathe dans un autre pays que la Suisse pendant au moins trois mois (pendant votre formation ou plus tard)?
 - Oui
 - Non

- Dans quel(s) autre(s) pays avez-vous travaillé en tant qu'ostéopathe?

- Avez-vous travaillé en tant qu'ostéopathe ailleurs que dans un cabinet pendant au moins trois mois (pendant vos études ou plus tard)?
 - Oui
 - Où d'autre avez-vous travaillé en tant qu'ostéopathe? _____
 - Non
- Sous quelle(s) forme(s) tenez-vous vos dossiers – patient ?
 - Format informatique
 - Format papier
 - Format informatique et papier
 - Je ne tiens pas de dossiers – patient
- Comment vous mettez-vous à jour dans votre pratique (plusieurs réponses possibles) ?
 - J'effectue des formations continues
 - Je participe à des colloques de discussion
 - J'effectue de la pratique supervisée
 - Je lis des articles de la littérature
 - Autres
 - De quelle(s) autre(s) façon(s) mettez-vous à jour votre pratique?

 - Je ne mets pas à jour ma pratique
- Environ combien de patients traitez-vous par semaine? _____
- Quel(s) type(s) de traitement faites-vous en pratique (au moins une fois tous les cinq jours de pratique)? Plusieurs réponses sont possibles.
 - Techniques sur les tissus mous
 - Mobilisations articulaires
 - Techniques de thrust HVBA
 - Techniques crâniennes
 - Techniques myotensives
 - Techniques Jones (Strain - counterstrain)
 - Techniques fonctionnelles
 - Traitement général ostéopathique (TGO)
 - Thérapies myofaciales
 - Techniques d'inhibition (ex : Trigger points)
 - Approche biodynamique

- Autres
 - Quel(s) autre(s) type(s) de traitement exercez-vous? _____
- Environ combien de patients vous consultent pour une gonalgie par semaine? _____

8.3.2 Partie B – Anamnèse

Remarque : Pour chacune des questions, voici les celles qui étaient ensuite posées en fonction des réponses des répondants :

Avez-vous (demandé / examiné)... ?

- Oui
 - L'avez-vous écrit dans le dossier - patient?
 - Oui
 - Non
 - Pour quelle(s) raison(s) ne l'avez-vous pas notifié?
- Non
 - Pour quelle(s) raison(s) ne l'avez-vous pas demandé?

Voici ci-dessous la partie B du questionnaire concernant l'anamnèse. A partir de maintenant les questions posées concernent le déroulement de votre dernière consultation pour un patient atteint de gonalgie. Pour répondre à certaines questions, vous aurez besoin du dossier de votre patient sous les yeux. Cette partie du questionnaire comporte de 10 à 15 questions selon vos réponses.

- Le patient auquel vous vous référez pour répondre aux questions suivantes est venu vous consulter il y a :
 - Moins de trois jours
 - Moins d'une semaine
 - Moins de deux semaines
 - Moins de trois semaines
 - Plus de trois semaines
- Est-ce que le patient vous consultait pour la première fois pour ce motif ou était-ce un suivi de traitement ?
 - Première consultation pour gonalgie
 - Suivi de traitement

Pour chacune des questions commençant par "Avez-vous demandé", soit vous avez posé la question, soit le patient vous a donné spontanément l'information.

- Est-ce que la gonalgie était due à un phénomène traumatique (chute, etc.)?
 - o Oui
 - Avez-vous demandé au patient le mécanisme du traumatisme (comment le patient s'est fait mal)?
 - Avez-vous demandé au patient s'il a dû arrêter son activité immédiatement après le traumatisme?
- Avez-vous demandé au patient s'il avait des antécédents de traumatisme sur le genou?
- Avez-vous demandé au patient quand était apparue la douleur (depuis combien de temps) ?

Remarque : A partir de maintenant, les questions étaient différentes en fonction de si le patient consultait pour la première fois pour une gonalgie ou si c'était un suivi de traitement. Si c'était un suivi de traitement, la mention « lors de la dernière consultation » était ajoutée à chaque question.

- Avez-vous demandé au patient la localisation de la gonalgie (ex : face postérieure, médiale, etc.)?
- Avez-vous demandé au patient l'intensité de la douleur?
- Avez-vous demandé au patient la qualité de la douleur (sourde, pulsatile, etc.)?
- Avez-vous demandé au patient s'il y avait des facteurs atténuants la douleur (repos, froid, AINS, etc.)?
- Avez-vous demandé au patient s'il y avait des facteurs péjorants la douleur (marche, flexion du genou, etc.)?
- Avez-vous interrogé le patient sur l'horaire de ces douleurs (diurne, nocturne)?
- Avez-vous demandé au patient s'il y a eu un épanchement/gonflement du genou?
- Est-ce que le patient a répondu qu'il a remarqué un épanchement/gonflement à l'anamnèse?
 - o Avez-vous demandé au patient si l'épanchement était apparu rapidement ou progressivement?
- Avez-vous demandé au patient s'il ressentait une raideur articulaire le matin (temps pour déverrouiller son genou) ?
- Avez-vous demandé au patient si d'autres articulations ou régions du corps étaient symptomatiques?

8.3.3 Examen clinique

Voici à présent la dernière partie du questionnaire, la partie C. Elle correspond à l'examen clinique que vous avez réalisé chez votre dernier patient atteint de gonalgie. Cette section comprend de 11 à 17 questions selon vos réponses.

- Avez-vous effectué une observation comparative des deux genoux et des structures alentours?
- Avez-vous inspecté s'il y avait la présence d'œdème, de déformation ou d'atrophie musculaire?
- Avez-vous procédé à une palpation visant à identifier les structures douloureuses?
- Avez-vous examiné le genou afin de détecter des signes d'arthrite septique?
- Avez-vous examiné la mise en charge du genou lors de la marche?
- Avez-vous effectué des tests actifs de flexion du genou (en charge ou en décharge)?
- Avez-vous effectué des tests actifs d'extension du genou (en charge ou en décharge)?
- Avez-vous examiné les articulations coxofémorales?
- Avez-vous examiné les chevilles/les pieds?
- Avez-vous examiné la colonne vertébrale?
- Quel(s) test(s) parmi les propositions avez-vous réalisé(s) lors de l'examen clinique?
 - Test de rotation interne du tibia par rapport au fémur
 - Test de rotation externe du tibia par rapport au fémur
 - Test de varus du genou
 - Test de valgus du genou
 - Aucun de ces tests
- Avez-vous utilisé des critères cliniques pour déterminer si une radiographie était nécessaire (Ottawa)?
- Avez-vous effectué un test de Lasègue (Straight leg raise) ?
- Avez-vous évalué les atteintes neurologiques (force, sensibilité, réflexe)?
- Avez-vous palpé s'il y avait un creux sur le muscle quadriceps ou sur le tendon patellaire (recherche de rupture musculaire ou tendineuse)?
- Avez-vous effectué des tests orthopédiques ligamentaires?
 - Quel(s) test(s) orthopédiques ligamentaires avez-vous effectué(s)? (plusieurs réponses possibles)
 - Test en varus et en valgus (ligaments collatéraux)
 - Test du tiroir antérieur
 - Test de Lachman
 - Test du tiroir postérieur
 - Autre(s) test(s)
 - Quel(s) autre(s) test(s) ligamentaire(s) avez-vous effectué(s)?
- Avez-vous effectué des tests orthopédiques méniscaux?
 - Quel(s) test(s) orthopédiques méniscaux avez-vous effectués?

- Palpation de l'interligne articulaire
- Test de Mc Murray
- Test d'Apley
- Autre(s) test(s)
 - Quel(s) autre(s) test(s) méniscaux avez-vous effectué(s)?

8.4 Tableau des recherches d'associations – Anamnèse

Remarques : Concernant la façon de mettre à jour sa pratique, certaines colonnes « formations continues » ont été supprimées des tableaux suivants car tous les ostéopathes ont répondu effectuer des formations continues. De même, la variable « aucune mise à jour de pratique » n'a pas été représentée dans le tableau car aucun ostéopathe n'a reporté cette réponse. Les questions à choix multiples n'ont pas été comparées à d'autres questions à choix multiples (par exemple, les tests passifs du genou n'ont pas été comparés avec les types de traitements effectués), les tests statistiques ne pouvant être réalisés. Les tests d'associations n'ont pas été effectués pour les composantes de l'examen clinique lors de traumatisme, car trop peu de personnes ont eu accès à ces questions. Les variables en bleu correspondent à un très faible échantillon, les tests statistiques n'ont donc que très peu de poids pour ces variables-ci. Les zones grisées correspondent aux questions qui n'ont pas été posées. Les zones blanches correspondent aux tests statistiques qui n'ont pas pu être effectués car ils comportaient une seule modalité de réponse pour une des deux variables comparées.

Critères du NICE	Age				Sexe				Possession d'un CDS			
	Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Antécédents de traumatisme	p = 0.6	p = 0.81			p = 0.62	p = 0.29			p = 1	p = 1		
Autres articulations ou autre genou touché(es)	p = 0.93	p = 0.89	p = 0.98	p = 0.17	p = 0.7	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.51	p = 1	p = 1	p = 0.052
Début (depuis quand)		p = 0.39				p = 1				p = 1		
Localisation		p = 0.69		p = 0.67		p = 0.48		p = 0.66		p = 1		p = 0.56
Horaire	p = 0.44	p = 0.75	p = 0.71	p = 0.43	p = 0.33	p = 1	p = 0.16	<u>p = 0.01</u>	p = 1	p = 1	p = 1	p = 1
Quantification	<u>p = 0.003</u>	p = 0.52	p = 0.7	p = 0.37	p = 0.29	p = 1	p = 0.11	p = 0.2	p = 1	p = 0.3	p = 0.53	p = 1
Qualité	<u>p = 0.04</u>	p = 0.84	p = 0.49	p = 0.55	p = 0.43	p = 0.13	p = 0.72	p = 0.27	p = 0.36	p = 1	p = 0.28	p = 1
Facteurs aggravants		p = 0.62	p = 0.65	p = 0.62		p = 1	p = 0.16	p = 0.37		p = 1	p = 1	p = 1
Facteurs améliorants	p = 0.77	p = 0.2	p = 0.33	p = 0.61	p = 1	p = 1	p = 0.55	p = 0.14	p = 1	p = 1	p = 1	p = 1
Présence d'œdèmes	p = 0.99	<u>p = 0.04</u>	p = 0.82	p = 0.5	p = 0.2	p = 0.74	p = 0.67	p = 0.34	p = 0.31	p = 1	p = 1	p = 0.52
Début de l'œdème	p = 0.29	p = 0.42			p = 0.13	p = 0.4						
Raideur articulaire	p = 0.29	p = 0.42	p = 1	p = 0.15	p = 0.43	p = 0.24	p = 0.68	p = 1	p = 0.66	p = 0.58	p = 0.54	p = 1
Lors de douleur traumatique												
Mécanisme du traumatisme		p = 0.34				p = 1						
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?	p = 0.96	p = 0.94			p = 0.62	p = 1						

Critères du NICE	Nombre d'années d'expérience				Travail à l'étranger				Travail en dehors d'un cabinet			
	Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Antécédents de traumatisme	p = 0.78	p = 0.57			p = 0.49	p = 1			<u>p = 0.02</u>	p = 0.63		
Autres articulations ou autre genou touché(es)	p = 0.94	p = 0.4	p = 0.88	p = 0.12	p = 0.58	p = 0.06	p = 0.56	p = 0.22	p = 1	<u>p = 0.01</u>	p = 0.55	p = 1
Début (depuis quand)		p = 0.18				p = 1				p = 0.36		
Localisation		p = 0.52		p = 0.62		p = 1		p = 0.31		p = 0.2		p = 1
Horaire	p = 0.45	p = 0.95	p = 0.32	p = 0.26	p = 0.67	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.21	p = 1	p = 1	p = 1
Quantification	<u>p = 0.003</u>	p = 0.33	p = 0.43	p = 0.23	p = 0.72	p = 1	p = 0.33	p = 1	p = 0.34	p = 1	p = 0.63	p = 1
Qualité	<u>p = 0.04</u>	p = 0.93	p = 0.59	p = 0.29	p = 0.71	p = 0.62	p = 0.06	p = 0.26	p = 0.74	<u>p = 0.008</u>	p = 1	p = 1
Facteurs aggravants		p = 0.65	p = 0.48	p = 0.54		p = 1	p = 1	p = 1		p = 0.49	p = 1	p = 1
Facteurs améliorants	p = 0.89	p = 0.08	p = 0.17	p = 0.52	p = 0.4	p = 1	p = 1	p = 0.4	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.35
Présence d'œdèmes	p = 0.97	p = 0.14	p = 0.53	p = 0.48	p = 0.38	p = 0.15	p = 1	p = 1	<u>p = 0.009</u>	p = 0.63	p = 0.55	p = 1
Début de l'œdème	p = 0.55	p = 0.56			p = 1	p = 1			p = 1	p = 1		
Raideur articulaire	p = 0.35	p = 0.99	p = 0.67	p = 0.27	p = 0.48	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.09	p = 1	p = 0.6	p = 0.53
Lors de douleur traumatique												
Mécanisme du traumatisme		p = 0.26				p = 1				p = 1		
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?	p = 0.92	p = 0.87			p = 1	p = 0.35			p = 0.54	p = 1		

Critères du NICE	Différentes façon de se mettre à jour											
	Format des dossiers médicaux				Formations continues				Colloques de discussion			
	Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Antécédents de traumatisme	p = 1	p = 1			p = 1	p = 1			p = 0.33	p = 0.28		
Autres articulations ou autre genou touché(es)	p = 0.67	p = 1	p = 0.38	p = 1					p = 1	p = 0.4	p = 1	p = 0.61
Début (depuis quand)		p = 0.25				p = 1				p = 1		
Localisation		p = 0.42		p = 1		p = 1				p = 0.45		p = 0.21
Horaire	p = 0.51	p = 1	p = 0.63	p = 1	p = 1	p = 1			p = 1	p = 1	p = 0.18	p = 1
Quantification	<u>p = 0.02</u>	p = 0.08	p = 0.18	p = 1	p = 1	p = 1			p = 0.43	p = 0.51	p = 1	p = 0.6
Qualité	p = 0.92	p = 0.83	p = 0.19	p = 0.6	p = 1	p = 1	p = 0.61		<u>p = 0.03</u>	p = 1	p = 0.13	p = 0.56
Facteurs aggravants		p = 1	p = 0.63	p = 0.43		p = 1				p = 0.59	p = 1	= 0.43
Facteurs améliorants	p = 0.16	<u>p = 0.04</u>	p = 1	p = 1	p = 1	p = 1	p = 1		p = 0.59	p = 0.62	p = 1	p = 1
Présence d'œdèmes	p = 1	p = 0.19	p = 0.67	p = 1	p = 1	p = 1			p = 0.12	p = 1	p = 1	p = 0.6
Début de l'œdème	p = 0.84	p = 1							p = 1	p = 1		
Raideur articulaire	p = 0.85	p = 0.32	p = 0.21	p = 1	p = 1	p = 1			p = 0.79	p = 0.45	p = 0.7	p = 0.18
Lors de douleur traumatique												
Mécanisme du traumatisme		<u>p = 0.04</u>								p = 0.49		
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?	p = 0.29	p = 0.13							p = 1	p = 1		

Différentes façon de se mettre à jour (suite)												
Critères du NICE	Pratique supervisée				Lecture d'articles de la littérature				Nombre de patients par semaine			
	Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Antécédents de traumatisme	p = 0.07	p = 0.09			p = 0.64	p = 0.47			p = 0.16	p = 0.19		
Autres articulations ou autre genou touché(es)	p = 0.51	p = 0.43	p = 1	p = 0.51	p = 0.41	p = 1	p = 1	p = 0.55	p = 0.41	p = 0.58	p = 0.55	p = 0.87
Début (depuis quand)		p = 0.17				p = 0.51				p = 0.16		
Localisation		p = 0.09	p = 0.55			p = 1	p = 0.16			p = 0.09	p = 0.35	
Horaire	p = 0.58	p = 0.45	p = 0.25	p = 1	p = 0.18	p = 0.37	p = 0.47	p = 0.25	p = 0.44	p = 0.09	p = 0.76	p = 0.26
Quantification	p = 0.65	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.43	p = 0.51	p = 1	p = 1	p = 0.79	p = 0.28	p = 0.52	p = 0.57
Qualité	p = 0.66	p = 1	p = 0.27	p = 1	p = 0.41	p = 1	p = 0.1	p = 0.53	p = 0.89	p = 0.91	p = 0.79	p = 1
Facteurs aggravants		p = 0.25	p = 1	p = 1		p = 1	p = 0.47	p = 0.25		p = 0.19	p = 0.34	p = 0.44
Facteurs améliorants	p = 1	p = 0.34	p = 1	p = 1	p = 0.56	p = 1	p = 1	p = 0.46	p = 0.25	p = 0.24	p = 0.13	p = 1
Présence d'œdèmes	p = 0.3	p = 1	p = 0.56	p = 0.18	p = 0.34	p = 0.04	p = 0.65	p = 1	p = 0.75	p = 0.22	p = 0.09	p = 0.28
Début de l'œdème	p = 0.49	p = 1			p = 0.42	p = 1			p = 0.08	p = 0.13		
Raideur articulaire	p = 1	p = 0.5	p = 1	p = 0.17	p = 0.41	p = 1	p = 0.39	p = 0.33	p = 0.61	p = 0.5	p = 0.66	p = 0.78
Lors de douleur traumatique												
Mécanisme du traumatisme					p = 1				p = 0.44			
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?					p = 0.62	p = 1			p = 0.25	p = 0.06		

Critères du NICE	Nombre de gonalgies par semaine				Date de consultation du patient sélectionné				Présence de traumatisme	
	Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Antécédents de traumatisme	p = 0.84	p = 0.81			p = 0.78	p = 0.37			p = 0.58	p = 0.71
Autres articulations ou autre genou touché(es)	p = 0.07	p = 0.94	p = 0.14	p = 0.64	p = 0.62	p = 0.97	p = 0.92	p = 0.85	p = 0.41	p = 0.17
Début (depuis quand)		<u>p = 0.03</u>				p = 0.5				p = 0.51
Localisation		p = 0.08		p = 0.72		p = 0.66		p = 1		p = 1
Horaire	p = 0.87	p = 0.1	p = 0.77	p = 0.3	p = 0.39	p = 0.39	p = 1	p = 0.33	p = 1	<u>p = 0.02</u>
Quantification	p = 0.7	p = 0.15	p = 0.3	p = 0.58	p = 0.15	p = 0.35	p = 0.94	p = 0.62	p = 0.39	p = 0.26
Qualité	p = 0.86	p = 0.75	p = 0.86	p = 0.79	p = 0.51	p = 0.49	p = 0.45	p = 1	p = 1	<u>p = 0.03</u>
Facteurs aggravants		p = 0.22	p = 1	p = 0.9		p = 0.24	p = 0.52	p = 0.36		p = 0.2
Facteurs améliorants	p = 0.75	<u>p = 0.03</u>	p = 0.92	p = 0.57	p = 1	p = 0.14	p = 0.62	p = 0.09	p = 1	p = 0.57
Présence d'œdèmes	p = 0.62	p = 0.68	p = 0.27	p = 0.75	p = 0.42	p = 0.97	p = 1	p = 0.19	<u>p = 0.014</u>	p = 1
Début de l'œdème	<u>p = 0.01</u>	p = 0.48			p = 0.31	p = 0.66			p = 0.11	p = 0.47
Raideur articulaire	p = 0.91	p = 0.91	p = 0.33	p = 0.79	<u>p = 0.02</u>	p = 0.63	p = 0.24	p = 0.83	p = 1	p = 0.09
Lors de douleur traumatique										
Mécanisme du traumatisme		p = 1				p = 0.82				
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?	p = 0.36	p = 0.23			p = 0.44	p = 0.54				

Critères du NICE	Techniques sur les tissus mous				Mobilisations articulaires				Techniques de thrust HVBA			
	Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Antécédents de traumatisme	p = 1	p = 0.55			p = 1	p = 0.32			p = 0.56	p = 0.18		
Autres articulations ou autre genou touché(es)	p = 1	p = 1	p = 0.45	p = 1	p = 0.57	p = 1	p = 1	p = 0.55	p = 0.29	p = 1	p = 0.55	p = 1
Début (depuis quand)		p = 1				p = 1				<u>p = 0.03</u>		
Localisation		p = 1		p = 1		p = 1		p = 1		p = 0.17		p = 1
Horaire	p = 0.58	p = 1	p = 0.25	p = 1	p = 1	p = 0.12	p = 0.31	p = 1	p = 1	p = 0.18	p = 0.47	p = 0.55
Quantification	p = 0.66	p = 0.3	p = 0.56	p = 1	p = 0.42	p = 0.57	p = 0.14	p = 1	p = 0.08	p = 0.13	p = 1	p = 1
Qualité	p = 0.63	p = 1	p = 0.61	p = 1	p = 0.42	p = 0.59	p = 1	p = 0.53	p = 0.72	p = 1	p = 0.67	p = 1
Facteurs aggravants		p = 1	p = 0.25	p = 1		p = 0.33	p = 1	p = 1		p = 0.43	p = 1	p = 1
Facteurs améliorants	p = 1	p = 1	p = 0.36	p = 1	p = 0.33	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.43	<u>p = 0.01</u>	p = 0.54	p = 1
Présence d'œdèmes	p = 1	p = 0.57	p = 1	p = 1	p = 0.63	p = 1	p = 0.55	p = 0.27	p = 0.41	p = 0.18	p = 0.16	p = 0.29
Début de l'œdème					p = 0.06				p = 1	p = 0.27		
Raideur articulaire	p = 1	p = 1	p = 0.28	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.29	p = 0.59	p = 0.29	p = 0.22	p = 0.07	p = 1
Lors de douleur traumatique												
Mécanisme du traumatisme						p = 1				p = 0.45		
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?					p = 0.54	p = 0.45			p = 1	<u>p = 0.05</u>		

Critères du NICE	Techniques crânienne(s)				Techniques myotensives				Techniques de Jones			
	Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Antécédents de traumatisme	p = 1	p = 0.63			p = 0.29	p = 0.06			p = 0.24	p = 0.67		
Autres articulations ou autre genou touché(es)	p = 0.58	p = 0.58	p = 0.56	p = 0.54	p = 0.22	p = 0.36	p = 0.56	p = 0.54	p = 1	p = 1	p = 0.22	p = 1
Début (depuis quand)		p = 1				p = 1				p = 0.42		
Localisation		p = 1		p = 0.31		p = 1		p = 0.31		p = 0.24		p = 0.29
Horaire	p = 0.35	p = 0.12	p = 0.37	p = 1	p = 0.5	p = 1	p = 0.37	p = 1	p = 1	p = 0.58	p = 1	p = 0.25
Quantification	p = 0.07	p = 1	<u>p = 0.0492</u>	p = 1	p = 0.79	p = 0.5	p = 0.33	p = 1	p = 1	p = 0.46	p = 1	p = 1
Qualité	p = 0.16	p = 0.2	p = 1	p = 1	p = 0.1	p = 0.67	p = 1	p = 1	<u>p = 0.03</u>	p = 0.41	p = 1	p = 1
Facteurs aggravants		p = 0.39	p = 1	p = 1		p = 1	p = 1	p = 1		p = 1	p = 0.42	p = 1
Facteurs améliorants	p = 1	p = 1	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.61	p = 0.5	p = 1	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.4
Présence d'œdèmes	p = 1	p = 0.18	p = 1	p = 1	p = 0.32	p = 1	p = 0.3	p = 1	p = 1	p = 0.26	p = 1	p = 0.57
Début de l'œdème	p = 0.28	p = 1			p = 0.42	p = 0.27			p = 0.2	p = 1		
Raideur articulaire	p = 0.48	p = 1	p = 0.16	p = 0.63	p = 0.78	p = 0.4	p = 0.65	p = 1	p = 0.54	p = 0.64	p = 0.34	p = 0.29
Lors de douleur traumatique												
Mécanisme du traumatisme		p = 1				p = 1				p = 1		
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?	p = 1	p = 1			p = 0.62	p = 0.18			p = 0.53	p = 1		

Critères du NICE	Techniques fonctionnelles				TGO (traitement général ostéopathique)				Thérapies myofasciales			
	Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Antécédents de traumatisme	p = 0.29	p = 0.47			p = 0.13	<u>p = 0.009</u>			p = 0.32	p = 0.48		
Autres articulations ou autre genou touché(es)	p = 0.41	p = 1	p = 1	p = 0.26	p = 0.45	p = 0.68	p = 1	p = 1	<u>p = 0.01</u>	p = 0.67	p = 0.6	p = 0.31
Début (depuis quand)		p = 0.53				p = 1				p = 1		
Localisation		p = 1		p = 0.64		p = 1		p = 0.63		p = 0.45		p = 1
Horaire	p = 0.19	p = 1	p = 0.1	p = 0.55	<u>p = 0.048</u>	p = 0.64	p = 0.1	p = 1	p = 0.53	<u>p = 0.01</u>	p = 1	p = 1
Quantification	p = 0.11	p = 0.72	p = 0.12	p = 1	p = 0.44	p = 0.1	p = 0.12	p = 0.53	<u>p = 0.02</u>	p = 0.31	p = 1	p = 0.31
Qualité	p = 0.4	p = 0.41	p = 0.7	p = 0.6	p = 0.11	p = 1	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.12	p = 1	p = 1
Facteurs aggravants		p = 1	p = 1	p = 0.32		p = 0.25	p = 1	p = 1		p = 0.09	p = 0.48	p = 1
Facteurs améliorants	p = 0.3	p = 1	p = 1	p = 0.1	p = 1	p = 1	p = 0.25	p = 1	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.48
Présence d'œdèmes	p = 0.33	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.75	<u>p = 0.04</u>	p = 0.63	p = 0.61	p = 0.36	p = 0.74	p = 1	p = 1
Début de l'œdème	p = 1	p = 1			p = 0.7	p = 0.47			p = 0.23	p = 0.33		
Raideur articulaire	p = 1	p = 1	p = 0.68	p = 0.62	p = 1	p = 0.68	p = 1	p = 0.33	p = 0.42	p = 0.68	p = 1	p = 0.15
Lors de douleur traumatique												
Mécanisme du traumatisme		p = 1				p = 0.47				p = 1		
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?	p = 0.53	p = 1			p = 1	p = 0.47			p = 1	p = 0.47		

Critères du NICE	Techniques d'inhibition				Approche biodynamique			
	Première consultation		Suivi de traitement		Première consultation		Suivi de traitement	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Antécédents de traumatisme	p = 1	p = 0.43			p = 0.52	p = 0.33		
Autres articulations ou autre genou touché(es)	p = 1	p = 0.007	p = 0.27	p = 1	p = 0.34	p = 1	p = 0.45	p = 1
Début (depuis quand)		p = 0.51				p = 1		
Localisation		p = 0.3		p = 0.36		p = 1		p = 0.56
Horaire	p = 0.72	p = 0.14	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.58	p = 0.25	p = 1
Quantification	p = 0.57	p = 0.3	p = 0.67	p = 0.62	p = 0.74	p = 1	p = 1	p = 1
Qualité	p = 0.77	p = 0.41	p = 0.7	p = 0.12	p = 0.15	p = 0.66	p = 0.61	p = 0.39
Facteurs aggravants		p = 0.22	p = 0.54	p = 0.36		p = 1	p = 1	p = 1
Facteurs améliorants	p = 0.22	p = 1	p = 0.53	p = 1	p = 0.43	p = 1	p = 1	p = 1
Présence d'œdèmes	p = 0.49	p = 0.48	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.18	p = 0.56	p = 1
Début de l'œdème	p = 0.22	p = 1			p = 0.2	p = 1		
Raideur articulaire	p = 0.58	p = 1	p = 0.03	p = 1	p = 0.48	p = 0.61	p = 0.55	p = 1
Lors de douleur traumatique								
Mécanisme du traumatisme		p = 0.52				p = 1		
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?	p = 1	p = 1			p = 0.54	p = 0.45		

8.5 Tableau des recherches d'associations – Examen clinique

Critères du NICE	Age		Sexe		Possession d'un CDS		Nombre d'années d'expérience		Travail à l'étranger		Travail en dehors d'un cabinet	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Observation	p = 0.08	<u>p = 0.03</u>	p = 0.21	p = 0.15	p = 1	p = 1	p = 0.14	p = 0.12	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.11
Recherche d'œdèmes, déformations et atrophies musculaires	p = 0.46	<u>p = 0.03</u>	p = 0.2	p = 0.2	p = 1	p = 1	p = 0.32	p = 0.09	p = 0.3	p = 0.77	p = 0.33	p = 0.11
Palpation	p = 0.26	p = 0.38	p = 0.45	p = 0.35	p = 1	p = 0.44	p = 0.24	p = 0.86	p = 1	p = 0.35	p = 1	p = 1
Test actif de flexion	p = 0.83	<u>p = 0.006</u>	p = 0.43	p = 0.24	p = 1	p = 0.69	p = 0.9	<u>p = 0.04</u>	p = 0.15	p = 1	p = 0.73	p = 0.77
Test actif d'extension	p = 0.85	p = 0.1	p = 0.47	p = 1	p = 0.44	p = 0.45	p = 0.69	p = 0.33	p = 0.19	p = 1	p = 1	p = 0.76
Tests des coxofémorales	p = 0.3	<u>p = 0.05</u>	p = 0.39	p = 0.82	p = 0.62	p = 0.71	p = 0.25	p = 0.26	p = 0.12	p = 0.78	p = 0.45	p = 1
Tests de chevilles / pieds	p = 0.71	p = 0.46	p = 0.14	p = 0.18	p = 1	p = 1	p = 0.99	p = 0.61	p = 0.35	p = 1	p = 1	p = 0.4
Tests du rachis	p = 0.51	<u>p = 0.005</u>	p = 1	p = 0.33	p = 1	p = 0.69	p = 0.26	<u>p = 0.006</u>	p = 0.12	p = 1	p = 0.45	<u>p = 0.02</u>
Observation à la marche	p = 0.054	p = 0.98	p = 0.79	p = 1	p = 0.36	p = 0.72	p = 0.07	p = 0.71	p = 0.46	p = 0.75	p = 0.73	p = 0.78
Signes d'arthrite septique	p = 0.17	p = 0.95	p = 0.84	p = 0.36	p = 0.73	p = 1	p = 0.28	p = 0.5	p = 0.09	p = 0.72	p = 0.28	p = 0.72
Test passif de rotation interne et externe	p = 0.77		p = 0.51		p = 0.49		p = 0.86		p = 0.76		p = 0.42	
Test passif de valgus et varus	p = 0.15		p = 0.41		p = 0.51		p = 0.15		p = 1		p = 0.61	

Critères du NICE	Format des dossiers médicaux		Colloques de discussion		Pratique supervisée		Lecture d'articles de la littérature		Nombre de patients par semaine	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Observation	p = 0.06	p = 0.17	p = 0.49	p = 0.53	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.19	p = 0.51	<u>p = 0.04</u>
Recherche d'œdèmes, déformations et atrophies musculaires	p = 0.16	<u>p = 0.04</u>	p = 1	p = 0.83	p = 1	p = 0.32	p = 1	p = 0.38	p = 0.68	<u>p = 0.04</u>
Palpation	p = 0.09	p = 0.94	p = 1	<u>p = 0.02</u>	p = 1	p = 0.46	p = 0.35	p = 0.06	p = 0.99	p = 0.35
Test actif de flexion	<u>p = 0.04</u>	p = 0.63	p = 0.43	p = 0.82	p = 1	p = 0.72	p = 0.79	p = 0.09	p = 0.53	p = 0.16
Test actif d'extension	<u>p = 0.05</u>	p = 0.52	p = 0.63	p = 0.81	p = 1	p = 0.72	p = 1	<u>p = 0.04</u>	p = 0.74	p = 0.26
Tests des coxofémorales	p = 0.5	p = 0.29	p = 0.15	p = 1	p = 0.17	p = 0.25	p = 0.76	p = 0.49	p = 0.54	p = 0.48
Tests de chevilles / pieds	p = 0.6	p = 0.39	<u>p = 0.03</u>	p = 1	p = 1	p = 1	p = 0.71	p = 1	p = 0.62	p = 0.97
Tests du rachis	p = 0.9	p = 0.27	p = 0.15	p = 0.81	p = 1	p = 0.12	p = 1	p = 0.8	p = 0.12	<u>p = 0.004</u>
Observation à la marche	p = 0.6	p = 0.94	p = 0.59	p = 0.82	p = 0.68	p = 0.5	p = 0.58	p = 0.1	p = 0.35	p = 0.55
Signes d'arthrite septique	p = 0.91	p = 0.81	p = 0.41	p = 1	p = 1	p = 0.19	p = 0.67	p = 0.53	p = 0.35	p = 0.19
Test passif de rotation interne et externe	p = 0.94								p = 0.74	
Test passif de valgus et varus	p = 0.33								p = 0.61	

Critères du NICE	Nombre de gonalgies par semaine		Date de consultation du patient		Motif de consultation		Présence de traumatisme	
	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit	Demandé	Ecrit
Observation	p = 0.52	p = 0.32	p = 1	p = 0.39	p = 1	p = 1	p = 0.5	p = 0.41
Recherche d'œdèmes, déformations et atrophies musculaires	p = 0.69	p = 0.34	p = 0.83	p = 0.24	p = 1	<u>p = 0.04</u>	p = 1	p = 0.09
Palpation	p = 0.76	p = 0.91	p = 1	p = 0.92	p = 1	p = 0.81	p = 1	p = 1
Test actif de flexion	p = 0.75	p = 0.21	p = 0.72	p = 0.4	p = 0.58	p = 0.8	p = 1	p = 0.76
Test actif d'extension	p = 0.97	p = 0.08	p = 0.35	p = 0.15	p = 0.21	p = 1	p = 0.51	p = 0.52
Tests des coxofémorales	p = 0.56	p = 0.81	p = 0.81	p = 0.47	p = 0.54	p = 0.36	p = 0.72	p = 0.22
Tests de chevilles / pieds	p = 0.88	p = 0.63	p = 0.51	p = 0.44	p = 0.43	p = 0.35	p = 1	p = 0.38
Tests du rachis	p = 0.07	<u>p = 0.01</u>	p = 0.18	p = 0.1	p = 0.21	p = 1	p = 0.28	p = 0.32
Observation à la marche	p = 0.22	p = 0.84	p = 0.34	p = 0.1	p = 0.57	p = 0.24	p = 0.18	p = 1
Signes d'arthrite septique	p = 0.47	p = 0.34	<u>p = 0.045</u>	p = 1	p = 0.66	p = 0.12	p = 0.1	p = 1
Test passif de rotation interne et externe	<u>p = 0.02</u>		p = 0.5		p = 0.78		p = 1	
Test passif de valgus et varus	p = 0.37		p = 0.46		p = 0.81		p = 1	

Critères du NICE	Techniques sur les tissus mous		Mobilisations articulaires		Techniques de thrust HVBA		Techniques crânienne(s)		Techniques myotensives	
	Effectué	Ecrit	Effectué	Ecrit	Effectué	Ecrit	Effectué	Ecrit	Effectué	Ecrit
Observation	p = 1	p = 0.72	p = 0.24	p = 0.54	p = 0.34	p = 1	p = 0.29	p = 0.56	p = 0.5	p = 0.5
Recherche d'œdèmes, déformations et atrophies musculaires	p = 1	p = 1	p = 0.24	p = 0.52	p = 0.35	p = 0.79	p = 1	p = 0.78	p = 0.49	p = 0.82
Palpation	p = 1	p = 0.68	p = 0.13	p = 0.07	p = 0.19	<u>p = 0.02</u>	p = 1	p = 0.35	p = 0.29	p = 0.8
Test actif de flexion	p = 0.18	p = 0.39	<u>p = 0.01</u>	p = 0.39	<u>p = 0.006</u>	p = 0.74	<u>p = 0.001</u>	p = 0.69	p = 0.38	p = 0.29
Test actif d'extension	<u>p = 0.02</u>	p = 1	p = 0.07	p = 0.08	<u>p = 0.01</u>	p = 1	<u>p = 0.0002</u>	p = 0.65	p = 0.29	p = 0.16
Tests des coxofémorales	p = 1	p = 0.11	p = 0.69	p = 1	p = 0.73	p = 0.57	p = 0.23	p = 1	p = 1	p = 1
Tests de chevilles / pieds	p = 0.53	p = 0.23	p = 1	p = 1	p = 0.65	p = 1	p = 1	p = 0.24	p = 0.68	p = 0.14
Tests du rachis	p = 0.59	p = 1	p = 0.21	p = 0.5	p = 1	p = 0.55	p = 1	p = 0.2	p = 0.75	p = 0.59
Observation à la marche	p = 1	p = 0.45	<u>p = 0.04</u>	p = 0.69	p = 0.08	p = 0.35	p = 0.14	p = 1	p = 0.08	p = 0.43
Signes d'arthrite septique	p = 0.46	p = 0.34	p = 0.77	p = 0.41	p = 1	p = 0.46	p = 0.4	p = 0.19	p = 1	p = 0.51

Critères du NICE	Techniques de Jones		Techniques fonctionnelles		TGO (traitement général ostéopathique)		Thérapies myofasciales		Techniques d'inhibition		Approche biodynamique	
	Effectué	Ecrit	Effectué	Ecrit	Effectué	Ecrit	Effectué	Ecrit	Effectué	Ecrit	Effectué	Ecrit
Observation	p = 0.43	p = 0.47	p = 0.54	p = 0.39	p = 0.16	p = 0.06	p = 1	p = 0.21	p = 0.52	<u>p = 0.02</u>	p = 0.29	p = 0.24
Recherche d'œdèmes, déformations et atrophies musculaires	p = 0.43	p = 0.81	p = 1	p = 0.27	p = 0.15	p = 0.13	p = 0.5	p = 0.14	p = 0.08	p = 0.25	p = 0.02	p = 0.14
Palpation	p = 0.24	p = 0.6	p = 1	p = 0.47	p = 0.39	<u>p = 0.03</u>	p = 1	p = 0.49	p = 0.3	p = 0.13	p = 0.16	p = 0.75
Test actif de flexion	p = 0.76	<u>p = 0.01</u>	p = 1	p = 0.63	p = 1	p = 0.1	p = 0.8	p = 0.16	p = 1	p = 0.13	p = 0.15	<u>p = 0.04</u>
Test actif d'extension	p = 0.57	p = 0.09	p = 0.8	p = 0.29	p = 1	p = 0.45	p = 1	p = 0.47	p = 1	p = 0.06	p = 0.51	p = 0.17
Tests des coxofémorales	p = 0.51	p = 0.62	p = 0.76	p = 0.65	p = 0.07	p = 0.64	p = 1	p = 0.18	p = 0.54	p = 0.81	p = 1	p = 0.07
Tests de chevilles / pieds	p = 1	p = 0.45	p = 1	p = 0.35	p = 0.25	p = 0.37	p = 1	p = 0.66	p = 0.69	p = 0.63	p = 1	p = 1
Tests du rachis	p = 1	p = 0.78	p = 0.21	p = 0.62	p = 0.24	p = 0.13	p = 0.57	p = 0.33	p = 0.75	p = 1	p = 0.69	p = 0.53
Observation à la marche	p = 0.06	p = 0.8	p = 0.27	p = 1	p = 0.59	p = 1	p = 0.12	p = 1	p = 0.14	<u>p = 0.04</u>	p = 1	p = 0.53
Signes d'arthrite septique	p = 0.63	p = 1	p = 0.83	p = 1	p = 0.83	p = 0.75	p = 0.22	p = 1	p = 0.65	p = 0.53	p = 0.09	p = 1

8.6 Tableau de recherche d'associations

Ces analyses ont été réalisées dès qu'il y avait au minimum trois valeurs significatives par caractéristique démographique des ostéopathes, que cela soit pour ce qui est demandé ou testé, mais aussi pour ce qui est écrit ou non dans le dossier du patient. Le reste des données significatives n'a pas été analysé, la répartition de ces dernières étant aléatoire et la probabilité d'erreur de type 1 étant potentiellement grande. De même, si plusieurs résultats significatifs pour le même critère démographique n'arrivaient pas au même sens d'association, les données n'ont pas été reportées.

Les associations que l'on retrouve sont présentées dans le tableau suivant :

Caractéristiques démographiques		Variables	Conclusion
Age	Informations écrites dans le dossier patient	Présence d'œdème (première consultation) Observation Recherche d'œdèmes, de déformations et d'atrophie musculaire Test actif de flexion Tests des coxo-fémorales Tests du rachis	Les jeunes ostéopathes (moyenne d'âge : 37 ans) ont tendance à moins notifier d'informations que ceux dont la moyenne d'âge est de 42 ans.
Nombre de patients par semaine	Informations écrites dans le dossier patient	Observation Recherche d'œdèmes, de déformations et d'atrophie musculaire Tests du rachis	Les ostéopathes voyant en moyenne 40 patients par semaine notent davantage les informations dans le dossier du patient. Ceux qui en reçoivent moins (32 patients par semaine en moyenne) notifient moins.
Techniques crâniennes pratiquées	Informations demandées à l'anamnèse et testées à l'examen clinique	Quantification (suivi de traitement) Test actif de flexion Test actif d'extension	Les ostéopathes qui ne font pas de techniques crâniennes ne demandent ou n'effectuent la plupart du temps pas les critères du NICE pour ces trois catégories.
Traitement ostéopathique général (TGO) pratiqué	Informations écrites dans le dossier patient	Antécédents traumatiques (première consultation) Présence d'œdèmes Palpation	Parmi les ostéopathes qui ne demandent pas ou qui n'effectuent pas ces composantes, la majorité n'exerce pas de traitement ostéopathique général.

Hormis pour ces quatre caractéristiques des ostéopathes, aucune association pour minimum trois variables n'a montré une conclusion allant dans le même sens.

8.7 Tableau des réponses qualitatives

8.7.1 Questions de l'anamnèse

Questions	Première consultation ou suivi de traitement	Non demandé ou non écrit dans le dossier	Nombre de réponses	Réponses données
Antécédents de traumatisme	Première consultation	Non demandé	4	Patient très bien connu de l'ostéopathe (2)
				Jeune âge du patient
		Non écrit	8	Manque de temps
				Absence de traumatisme (7)
Autres articulations ou autre genou touché(es)	Première consultation	Non demandé	5	Question posée pendant le traitement
				Traumatisme clair
				Description par le patient
				Oubli
	Suivi de traitement	Non demandé	4	Pas d'intérêt
				Patient qui ne s'est plaint que de son genou
				Absence d'autre symptomatologie (4)
				Pas de dossier médical pour ce patient
Début (depuis quand)	Première consultation	Non demandé	0	
		Non écrit	2	Pas d'intérêt lors du suivi (3)
				Description par le patient
Localisation	Première consultation	Non demandé	0	Absence d'autre symptomatologie (3)
				Réponse non comprise
	Suivi de traitement	Non demandé	0	
		Non écrit	6	Pas de dossier médical pour ce patient
				Dires du patient imprécis
Horaire	Première consultation	Non demandé	11	Pas d'intérêt lors du suivi (2)
				Oubli
		Non écrit	5	Pas d'intérêt car le genou n'était pas la cause de la douleur
				Manque de temps
Antécédents de traumatisme	Première consultation	Non demandé	4	Dires du patient imprécis
		Non écrit	8	
Autres articulations ou autre genou touché(es)	Première consultation	Non demandé	5	
	Suivi de traitement	Non demandé	4	
Début (depuis quand)	Première consultation	Non demandé	0	
		Non écrit	2	
Localisation	Première consultation	Non demandé	0	
	Suivi de traitement	Non demandé	0	
Horaire	Première consultation	Non demandé	11	
		Non écrit	5	

				Oubli		
				Pas de dossier médical pour ce patient		
Quantification	Première consultation	Non de mandé	21	Pas d'intérêt (7)		
				Réponse évaluée en fonction des limitations fonctionnelles (7)		
				Donnée subjective (4)		
				Oubli (2)		
				Manque de temps		
		Non écrit	13	Pas d'intérêt (5)		
				Intensité fluctuante (3)		
				Pas de dossier médical pour ce patient		
				Faible intensité		
				Question posée pendant le traitement		
			Dires du patient imprécis			
			Réponse non comprise			
					9	Réponse évaluée en fonction de limitations fonctionnelles (5)
						Pas d'intérêt lors du suivi (3)
						Oubli
	Non écrit	4				Pas de changement par rapport à la première séance (2)
						Oubli
			Sans raison			
Qualité	Première consultation	Non demandé	19	Pas d'intérêt (5)		
				Douleur mécanique et non inflammatoire (5)		
				Description par le patient (5)		
				Oubli (4)		
		Non écrit	6	Oubli (2)		
				Pas d'intérêt		
				Pas de dossier médical pour ce patient		
	Suivi de traitement	Non demandé	10	Question posée pendant le traitement		
				Réponse non comprise		
				Pas d'intérêt (6)		
				Oubli (2)		
		Non écrit	2	Douleur mécanique et non inflammatoire		
				Description par le patient		
Facteurs aggravants	Première consultation	Non demandé	0			
		Non écrit	3	Douleur mécanique lors d'une activité précise		
				Oubli		
				Pas de dossier médical pour ce patient		
				Pas d'intérêt lors du suivi		

		Non écrit	0	
Facteurs améliorants	Première consultation	Non demandé	3	Description par le patient
				Douleur à horaire aléatoire
				Réponse non comprise
	Suivi de traitement	Non demandé	3	Sans raison (2)
				Pas de dossier médical pour ce patient
				Pas d'intérêt lors du suivi (2)
Présence d'œdème	Première consultation	Non demandé	11	Douleur mécanique lors d'une activité précise
				Oubli (2)
		Non écrit	9	Absence d'épanchement (5)
				Sans raison
				Pas d'intérêt
	Suivi de traitement	Non demandé	5	Oubli
				Réponse non comprise
		Non écrit	5	Absence d'épanchement à la première consultation (4)
				Observation suffit
Début de l'œdème	Première consultation	Non demandé	10	Absence d'épanchement (4)
				Manque de temps
	Non écrit	1		Pas d'intérêt
Raideur articulaire	Première consultation	Non demandé	18	Oubli (5)
				Description par le patient (2)
				Epanchement très faible
				Pas d'intérêt
				Réponse non-comprise
	Non écrit	7		Pas d'intérêt
	Suivi de traitement	Non demandé	8	Question non-cohérente par rapport au reste de l'anamnèse (9)
				Douleur mécanique lors d'une activité précise (3)
				Horaire de la douleur suffit (2)
				Description par le patient
	Non écrit	5		Traumatisme récent
				Oubli
				Réponse non comprise

				Pas d'intérêt lors du suivi (2)
Mécanisme du traumatisme	Première consultation	Non demandé	0	
		Non écrit	2	Dires du patient imprécis Opération qui a suivi suffit
Arrêt de l'activité juste après le traumatisme?	Première consultation	Non demandé	4	Microtraumatismes répétés
				Oubli
				Déduction car opération qui a suivi
				Réponse non-comprise
	Non écrit	2		Dires du patient imprécis Pas d'intérêt

8.7.2 Questions de l'examen clinique

Questions	Première consultation ou suivi de traitement	Non effectué ou non écrit dans le dossier	Nombre de réponses	Réponses données
Observation des genoux	Première consultation	Non effectué	2	Traumatisme clair
				Douleur non-inflammatoire
		Non écrit	36	Absence de différence (16)
				Pas d'intérêt (8)
				Manque de temps (5)
				Information uniquement pour le genou traumatique (3)
				Ne revient pas au dossier après l'observation (2)
				Pas de dossier médical pour ce patient
Recherche d'œdèmes, déformations et atrophies musculaires	Première consultation	Non effectué	2	Oubli
				Réponse non comprise
		Non écrit	34	Absence d'œdème (23)
				Pas d'intérêt (3)
				Pas d'intérêt lors du suivi (2)
				Je m'en souviens sans le noter (2)
				Manque de temps (2)
				Sans raison
Palpation	Première consultation	Non effectué	1	Oubli
				Douleur profonde décrite par le patient

		Non écrit	22	Absence de reproduction de la douleur (7)
				Pas d'intérêt (4)
				Pas d'intérêt lors du suivi
				Manque de temps
				Pas de dossier médical pour ce patient
				Oubli
				Sans raison
				Réponse non comprise (5)
Test actif de flexion	Première consultation	Non effectué	14	Pas d'intérêt (7)
				Oubli (2)
				Pas de douleur au moment de la consultation
				Douleur mécanique lors d'un mouvement précis
				Manque de temps
				Réponse non comprise (2)
		Non écrit	27	Test négatif (16)
				Manque de temps (4)
				Pas d'intérêt (3)
				Pas d'intérêt lors du suivi
				Les suspicions diagnostiques suffisent
				Sans raison
				Réponse non comprise
Test actif d'extension	Première consultation	Non effectué	19	Pas d'intérêt (10)
				Oubli (3)
				Pas d'intérêt lors du suivi
				Extension passive complète possible
				Sans raison
				Observation suffisante
				Réponse non comprise (2)
		Non écrit	23	Test négatif (16)
				Manque de temps (3)
				Plus aucune douleur après le traitement
				Ne revient pas au dossier après l'observation
				Oubli

				Sans raison
Test des coxofémorales	Première consultation	Non effectué	14	Etiologie précise au niveau du genou (4)
				Sans raison (3)
				Etiologie traumatique au niveau du genou (2)
				Tests du bassin négatifs
				Chaîne montante depuis le pied
				Manque de temps
				Aucune irradiation dans la cuisse
				Réponse non comprise
		Non écrit	29	Tests coxofémoraux négatifs (23)
				Manque de temps (4)
				Pas d'intérêt pour le prochain traitement
				Réponse non comprise
Tests des chevilles / pieds	Première consultation	Non effectué	7	Douleur traumatique du genou (3)
				Manque de temps
				Sans raison
				Aucun signe indiquant un lien avec les pieds
				Réponse non comprise
		Non écrit	31	Tests des pieds négatifs (23)
				Pas d'intérêt (3)
				Manque de temps (2)
				Fait partie de la routine de test
				Réponse non comprise (2)
Tests du rachis	Première consultation	Non effectué	13	Douleur traumatique du genou (6)
				Aucun signe indiquant un lien avec le rachis (2)
				Aucune plainte du rachis (2)
				Douleur reproduite aux tests actifs du genou
				Douleur reproduite à la palpation du genou
				Réponse non comprise
		Non écrit	20	Tests de la colonne négatifs (10)
				Aucun lien avec le genou (4)
				Manque de temps (3)

				Je m'en souviens sans le noter
				Aucune plainte du rachis
				Réponse non comprise
Observation à la marche	Première consultation	Non effectué	17	Pas d'intérêt (6)
				Est effectuée de la salle d'attente à la salle de traitement (5)
				Pas de douleur à la marche à l'anamnèse (3)
				Pas d'intérêt car le genou n'était pas la cause de la douleur
				Oubli
				Sans raison
		Non écrit	27	Observation de la marche sans particularité (18)
				Manque de temps (3)
				Oubli (2)
				Pas d'intérêt
				Sans raison
				Ne revient pas au dossier après l'observation
				Réponse non comprise
Signes d'arthrite septique	Première consultation	Non effectué	50	Ne fait pas partie du diagnostic différentiel après l'anamnèse (45)
				Oubli (2)
				Je ne connais pas les signes d'une arthrite septique (3)
		Non écrit	20	Absence de signes d'arthrite septique (18)
				Manque de temps
				Sans raison
Critères cliniques pour une radiographie	Première consultation	Non effectué	13	Patient qui avait déjà effectué une radiographie / une imagerie (5)
				Patient qui avait déjà vu un médecin (3)
				Je ne connais pas ces critères (2)
				Aucun signe en faveur d'une fracture
				J'ai conseillé d'emblée d'aller faire une radiographie sans utiliser les critères

		Non écrit	1	Pas de signe de fracture
Test de Lasègue	Première consultation	Non effectué	17	Pas d'intérêt aux vues de la symptomatologie (9)
				Aucun signe d'atteinte neurologique (4)
				Plainte locale au niveau du genou (2)
				Douleur traumatique du genou
				Impossible à effectuer chez le patient
		Non écrit	0	
Evaluation des atteintes neurologiques : Sensibilité, force et réflexes	Première consultation	Non effectué	16	Aucun signe d'atteinte neurologique (12)
				Pas d'intérêt (3)
				Réponse non comprise
		Non écrit	1	Tests neurologiques négatifs
Recherche d'une rupture musculaire ou tendineuse	Première consultation	Non effectué	8	Aucun signe clinique en faveur d'une déchirure (6)
				Lieu de la douleur ne correspond pas (2)
		Non écrit	5	Aucune anomalie (5)
Tests orthopédiques ligamentaires	Première consultation	Non effectué	1	Patient qui avait déjà vu un médecin
		Non écrit	5	Tests négatifs (4)
				Manque de temps
Tests orthopédiques méniscaux	Première consultation	Non effectué	2	Imagerie effectuée
		Non écrit	5	Patient qui avait déjà vu un médecin
				Tests méniscaux négatifs (5)

MSc Osteopathy Manuscript Marking Schedule Feedback

Student ID: 14-571-970 Félicia Rossier

Title of Project: Dans quelle mesure la prise en charge ostéopathique des gonalgies chez les adolescents et les adultes est en concordance avec les bonnes pratiques ? un sondage

Evaluator 1

Criteria	Comments
Title and Abstract Summarises accurately and is consistent with manuscript content.	Bon résumé de l'étude et consistant avec le contenu du manuscrit
Introduction Evidence of depth and breadth of reading. Appropriate, relevant and critical review of pertinent literature. Correct and appropriate use of references. Aim is clearly stated.	Très bonne introduction, bien référencée, but clairement défini.
Methodology The design of the study is appropriate to answer the research aim. The approach of enquiry is systematic, logical and reported in a coherent manner. Data collection, recording of data and/or information and analysis approach is explained, appropriate and rigorous.	Design permettant de tester la question de recherche
Results and Analysis Full, clear, unbiased presentation of the findings from which interpretations and/or recommendations can be made.	Échantillon très bien décrit, comparaison à osteosurvey Résultats clairs Tests d'association peu concluant Tableau 3 : pourquoi autant de data manquante ? question emboîtée ?
Discussion and conclusion Results contextualised, discussion of work in relation to other research, strengths and weaknesses acknowledged, relevance of findings, identification of future research requirements and overall conclusions. Conclusions drawn are valid and justifiable.	Ne pas oublier de rappeler la question de recherche en début de discussion
Overall Maturity Attitude to the research project shows integrity and rigour. Respect to patients/contributors and adherence to ethical considerations eg confidentiality, handling data, disclosure.	Travail de haute qualité, grande indépendance
Presentation of Work The style and accuracy of the manuscript. Depth and degree of coherence/progression of work. General syntax and writing style.	Style clair

Evaluator 2

Criteria	Comments
Title and Abstract Summarises accurately and is consistent with manuscript content.	Le résumé donne un aperçu précis de l'objectif, des résultats et de ce que l'on peut tirer de l'étude et ceci de manière succincte et précise. La section méthode manque de détails concernant le développement du questionnaire, de sa validation, et de la période de collecte de données. A noter que le taux de réponse (18%) est très bon pour ce genre d'étude !
Introduction Evidence of depth and breadth of reading. Appropriate, relevant and critical review of pertinent literature. Correct and appropriate use of references. Aim is clearly stated.	Très bonne introduction avec une documentation complète permettant de quantifier l'importance du problème et de poser la problématique.
Methodology The design of the study is appropriate to answer the research question/aim. The approach of enquiry is systematic, logical and reported in a coherent manner. Data collection, recording of data and/or information and analysis approach is explained clearly, is appropriate and rigorous.	La méthodologie est adaptée et permet de répondre à la question de départ. La section méthode permet de comprendre les points essentiels permettant de porter un regard critique sur l'étude et d'assurer sa réplication. Aucune précision n'est cependant donnée sur l'accès aux données et leur stockage.
Results and Analysis Full, clear, unbiased presentation of the findings from which interpretations and/or recommendations can be made.	Rapport très complet et très bien structure. Tableaux très synthétiques et complets. Texte agréable à lire et très informatif.
Discussion and conclusion Results contextualised, discussion of work in relation to other research, strengths and weaknesses acknowledged, relevance of findings, identification of future research requirements and overall conclusions considered. Conclusions drawn are valid and justified.	Très bonne discussion qui contextualise bien les résultats. Très bonne description des limitations. Pas d'extrapolations. Les conséquences de l'étude sur l'image de la profession et sur l'importance d'intégrer ces notions dans les formations continues auraient donné une profondeur supplémentaire à la discussion (implications pratiques).
Overall Maturity Attitude to the research project shows integrity and rigour. Respect to patients/contributors and adherence to ethical considerations e.g. confidentiality, handling data, disclosure.	Travail très complet d'une rigueur irréprochable.
Presentation of Work The style and accuracy of the manuscript. Depth and degree of coherence/progression of work. General syntax and writing style.	Travail très cohérent et bien structure.