

Centre Européen d'Enseignement Supérieur d'Ostéopathie de Lyon



Rapport de Stage

Observation Clinique à la British School Of Osteopathy (BSO)



SOARES BENJAMIN, TROGER CAMILLE

5 –D2, année universitaire 2012-2013

Stage du 14 et 15 Février 2013

1. PRESENTATION DE L'ECOLE	3
2. LA CLINIQUE	3
2.1. SON FONCTIONNEMENT LOGISTIQUE.....	4
2.2. LES « COURS » PENDANT LA CLINIQUE.....	6
2.3. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	6
2.3.1. <i>La prise en charge des nouveaux patients</i>	6
2.3.2. <i>La prise en charge des suivis</i>	12
2.3.2.1. Consultation 1	12
2.3.2.2. Consultation 2	13
2.3.2.3. Consultation 3	13
2.4. ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	14
2.5. ANALYSE DES TECHNIQUES EMPLOYEES	14
CONCLUSION	16

1. PRESENTATION DE L'ECOLE

La British School of Osteopathy est la plus ancienne école d'ostéopathie d'Angleterre et d'Europe (1915). Officiellement reconnue en 1963, c'est aujourd'hui une référence Européenne, voir mondiale. Elle offre une formation initiale et continue, et c'est entre 100 et 120 élèves qui sortent chaque année des deux formations, qui se réunissent en troisième année.

L'école, sa formation et son fonctionnement ne seront pas détaillés dans ce rapport, qui se concentrera sur la clinique.

2. LA CLINIQUE

La clinique de la BSO est aussi située au cœur de Londres, non loin de l'école, au 98-118 Southwark Bridge Road depuis 2008 (image 1). Un secrétariat se trouve à l'entrée, avec une grande salle d'attente pouvant accueillir près de 30 personnes assises et adaptée à l'accueil des handicapés.



Image 1 : Clinique de la BSO

À la suite de cette salle d'attente se trouve un très long couloir, desservant les 34 salles de traitement et les six salles de briefing. En effet, les élèves sont répartis par groupes d'environ 10-12 thérapeutes, trois à cinq groupes par demi-journée, avec deux à trois tuteurs par groupes. Chaque demi-journée est constituée de cinq temps de consultations et un temps de formation : un cours sur un sujet à visée clinique pour les élèves de troisième année, et un cas clinique pour les élèves de quatrième année. Les consultations durent 30 minutes, avec 10 minutes en plus pour le débriefing obligatoire pour tous les élèves avec le tuteur après l'interrogatoire, ce qui fait une consultation toutes les 40 minutes (9h, 9h40, 10h20, 11h, 11h40, 12h20 pour le matin, et 14h, 14h40, 15h20, 16h, 16h40 et 17h20 pour l'après midi). Le tuteur passe ensuite obligatoirement dans la salle de traitement pendant le traitement.

Il existe aussi une clinique dans un hôpital de Londres où les thérapeutes traitent des patients atteints du VIH, une clinique pour les sans-abri, une autre pour les femmes enceintes et une autre pour les nourrissons. La présence des élèves dans ces différentes cliniques est moindre, à savoir un ou deux créneaux par ans.

Les élèves de troisièmes années sont présents deux demi-journées par semaine, ceux de quatrièmes trois demi-journées par semaine. Cela représente environ 180 heures de clinique en troisième année et 250 heures en quatrième année, et environ 100 consultations sur les deux ans par élève.

2.1.Son fonctionnement logistique

L'administration de la clinique, la gestion dossiers, la prise des rendez-vous, le planning ainsi que l'encaissement des consultations ne sont pas tenus par les élèves, mais par du personnel salarié de la clinique. Au nombre de neuf, comptant les réceptionnistes et les responsables, ils permettent d'assurer, de 8h à 18h30 tout les jours de la semaine, une présence à l'accueil, un secrétariat téléphonique, la prise et la gestion des rendez-vous, l'accueil des patients ainsi que la gestion du logiciel clinique. En effet, un logiciel assez complet, permet de prévenir le thérapeute concerné de l'arrivée de son patient, son nom, sa date de naissance et l'heure de son arrivée s'affichant sur un écran présent dans la salle de briefing (image 2).

Date	Arrived	Team	Type	Name	DOB	Student	Room	Status	Summary
14.00	13.58	Tm 4	OP	Mr Walker	150051986	Nicholas Whitson	R24	Arrived	Tut 1 2
14.00	14.24	Tm 4	OP	Mr Elliot	15021971	Philip Cox	R21	Arrived	NP & PRE 3
14.00	14.36	Tm 4	NP	Mr Watson	240051923	Nicholas Whitson	R23	Arrived	OP 9
15.20	15.04	Tm 4	OP	Mr Avella	150019260	George Constantinou	R26	Arrived	Completed 1 Incomplete
15.20	15.19	Tm 4	OP	Miss Lambert	220271960	Tracey Jefford	R22	Arrived	Tut 2
15.40	15.33	Tm 4	NP	Mr Ford	241111982	Georgina Jubb	R24	Arrived	Tutor 2
15.40		Tm 4	OP	Mr Evans	220109376	Keith Radcliffe	R22	Arrived	NP & PRE 2
16.40		Tm 4	OP	Mr Anderson	090211982	Tracey Jefford	R20	Booked	OP 12
16.40		Tm 4	OP	Ms Dunlop	070011984	Phil Cox	R25	Cancelled	Completed 2 Incomplete
16.40		Tm 4	RE	MS Harvey	300011980	Steven Lauder	R19	Booked	Tut 3
17.20		Tm 4	OP	Mr Taylor Martin	20111978	Philip Cox	R18	Booked	Tutor 2
17.20		Tm 4	OP	Mr Green	170311963	Tracey Jefford	R28	Booked	NP & PRE 4
17.20		Tm 4	OP	Ms McLaughlin	26121951	Steven Lauder	R20	Cancelled	OP 16

Image 2 : Ecran des salles de briefing

Un tableau de répartition (image 3), aussi présent dans chaque salle de briefing, permet aux élèves de s'inscrire dans les différentes salles de traitement, et permet donc aux différents tuteurs de savoir où se trouve les praticiens qu'ils suivent.

	9.00 2.00	9.40 2.40	10.20 3.20	11.00 4.00	11.40 4.40	12.20 5.20
OP	STEVEN			E		PHIL K
NP	TRACY K			D		TRACY
OP	PHIL K			U		
NP				M		
OP				A		
NP				C		
OP				A		
NP				T		
OP				I		
NP				O		
OP				N		TRACY R
NP				S		ELLIOT K
OP				J		
NP				E		
OP				S		STEVEN → NP
NP				T		

Image 3 : Tableau de répartitions des élèves

Pour cela, les étudiants doivent aussi mettre une carte à leur nom sur un porte-carte prévu à cet effet à côté de chaque porte, porte-carte accueillant aussi les cartes des observateurs et celui du tuteur lorsqu'il est présent dans la salle de traitement. De plus, les élèves et les tuteurs ont tous leurs noms sur leurs blouses, sur un badge.

Les consultations sont à différents tarifs, de la gratuité pour les sans-abris, à 36 livres pour les consultations avec les diplômés des années précédentes, en passant par 20 livres, pour la plupart des consultations.

En effet, il existe un créneau, le vendredi soir, pendant trois temps de consultations, ce sont des consultations faites par d'anciens étudiants, avec un an ou deux d'expériences, qui sont à 36 livres. Ces consultations restent moins chères qu'avec un professionnel dans un cabinet, et elles permettent aussi aux étudiants tout juste diplômés de pratiquer encore au sein de la clinique, avec les avantages que cela représente.

2.2. Les « cours » pendant la clinique

Les élèves bénéficient de cours, non formels, pendant leur temps de clinique. En effet, un créneau de 40 minutes regroupe dans une salle prévue à cet effet les deux ou trois tuteurs ainsi que les 10 à 12 élèves avec les observateurs présents.

En troisième année, ce cours est plus formel, sur un sujet, comme la lombalgie, sa prise en charge, les techniques tissu mou, ou tout autre. Ce cours est plutôt magistral. En quatrième année, ce sont surtout des études de cas, notamment travaillés en clinique, par les élèves ou les tuteurs, mais aussi des cas que les tuteurs ont en cabinet. Ces échanges tuteurs/élèves sont principalement basés sur l'anamnèse et les différents diagnostics différentiels.

2.3. La prise en charge des patients

La prise en charge des patients est différente si ce sont des nouveaux patients ou bien des suivis.

2.3.1. La prise en charge des nouveaux patients

Elle s'effectue sur deux consultations, soit deux fois 40 minutes. Les 40 premières minutes sont destinées à faire une anamnèse complète, qui commence par l'état civil, l'analyse complète du motif de consultation, le détail de tous les antécédents du patient, puis une observation très complète. Tout ceci est consigné sur une double feuille (images 4, 5, 6 et 7).

Cela est particulièrement complet, le thérapeute a peu de chance d'oublier quelque chose, de passer à côté d'un diagnostic différentiel, et même d'un diagnostic ostéopathique. L'observation est, elle aussi, complète et concerne tout le corps.

L'élève teste ensuite le patient, pour son motif de consultation du jour, nous reviendrons sur cette partie dans le chapitre suivant.

Après ses 40 premières minutes, l'élève va débriefer avec son tuteur, en général plus longtemps que pour un suivi (environ 15 à 20 minutes), puis revient traiter le patient. Il le traite alors comme une consultation « normale », finalement comme sur un suivi, décrit dans le chapitre suivant.

6. SYSTEMIC HEALTH - *changes, investigations, diagnoses, treatments, outcomes*

ALLERGIES

G I - *appetite, foods avoided, fluid intake, bowel habits*

CARDIO-VASCULAR

VENTILATORY

NEUROLOGICAL *incl. special senses*

DERMATOLOGY

G-U TRACT - *micturition*

MENSES/ GYNAE/ OBSTETRICS

FAMILY HEALTH HISTORY

7. PATIENT'S INITIAL EXPECTATIONS OF OSTEOPATHIC CARE

8. CLINICAL TEMPORAL PROFILE CLINICAL REASONING - COMPLETE WITH TUTOR BEFORE PHYSICAL EXAMINATION

SPEED OF ONSET: ACUTE / SUB-ACUTE / CHRONIC

DURATION: ACUTE / SUB-ACUTE / CHRONIC

SYMPTOM PICTURE: FOCAL / MULTI-FOCAL / DIFFUSE

PROGRESSION: RECOVERING / STABLE / PROGRESSIVE / FLUCTUATING / UNMASKING

9. PRIORITISED DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC HYPOTHESES (*Consider biological systems and physiological processes implicated*):

What areas/systems may be dysfunctional? RANK YOUR HYPOTHESES
e.g. spinal segment/s, peripheral joint complex, other systems etc.

How might these systems be affected?
Consider and record possible physiological dysfunctions (VINDICATE)

1		1
2		2
3		3

What evidence do you have to support these hypotheses from the history so far (detail key themes/features)?

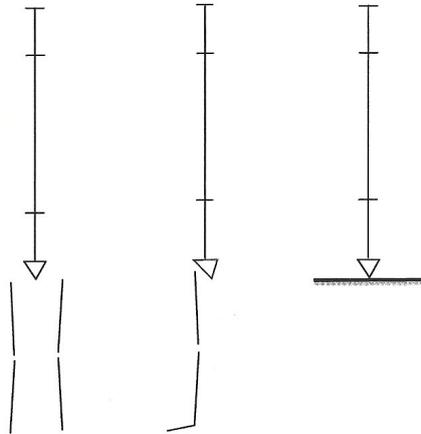
10. POTENTIAL FLAGS?
RED / YELLOW / BLUE / BLACK / ORANGE *which are...*

1	
2	
3	

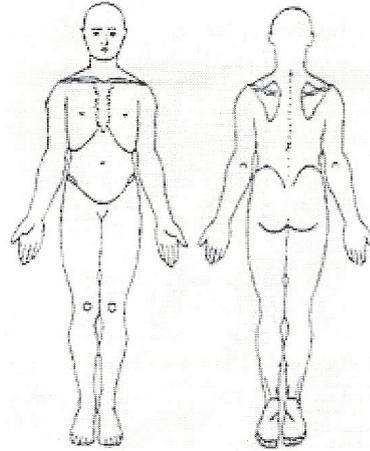
Is the **DIAGNOSTIC pathway** for the patient informed by current guidelines (SIGN, NICE etc)? If yes, state which.

Image 5

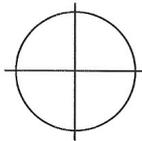
STANDING AND SITTING EXAMINATION
 - AP and lateral curves, asymmetry, muscle bulk and tone



SYMPTOM CHART
 - Location and distribution of symptoms



ACTIVE MOVEMENTS
 Spinal and/or peripheral joints



PASSIVE MOVEMENTS
 levels, planes of movement, end points, range, quality

ACTIVE RESISTED MOVEMENTS

12. OTHER TESTS e.g. peripheral neurological tests, 'orthopaedic' tests, other special tests

ADDITIONAL PALPATORY FINDINGS

Note if peripheral limb examinations are recorded on separate sheet:

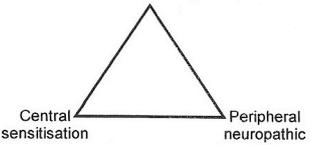
Shoulder / Elbow / Hand-Wrist / Hip / Knee / Foot-Ankle

Note if other Special Tests are recorded on separate sheet:

Cranial Nerves-CNS / CVS / Respiratory / Abdominal / Lymph

Image 6

13. INITIAL WORKING OSTEOPATHIC EVALUATION – to be re-evaluated at 4th session

Pain Assembly	Dysfunction: <i>Is it: Focal / multifocal / diffuse</i>	Disability
<p>Somatic nociception</p>  <p>Central sensitisation</p> <p>Peripheral neuropathic</p>	<p>Systems:</p> <p>Processes:</p> <p>Relevant Flags:</p>	Risk factors (eg flags) and/or Salutogenic factors:

14. **SUMMARY STATEMENT:** A simple statement that summarises the patient and your current understanding of their condition

15 **SUMMARY OF DYSFUNCTION:** What is your overall summary of how local and global dysfunction has contributed to the patients presentation

Is the **CARE pathway** for this patient informed by GUIDELINES? Y / N If yes, which guidelines?

Osteopathic healthcare appropriate? Y / N Referral necessary? Y / N Urgent? Y / N Referred to:

Consent obtained for treatment? Y/ N If No, Why?:

16. Rationale for osteopathic intervention: e.g. aiming to achieve pain relief/reduction, restore function, enhanced adaptation, patient agency, coping strategies and support?

Patient's expectations and goals?

Time frame	17. Method of osteopathic intervention <i>What changes? Achieved how? e.g. techniques, exercises, advice?</i>	Prognosis and re-evaluation <i>How much change is expected? Evaluated how?</i>
Short term <i>e.g. next 2-4 weeks</i>		
18. Special precautions / contraindications		Further examinations <i>at next appointment</i>

19. FIRST CONSULTATION

Diagnosis, prognosis and explanation given to patient

Treatment at 1st visit :

Advice & resources provided e.g. back pain booklet, exercise sheets

Patient's response to treatment today:

20. Tutor:	Student:	Observers:
------------	----------	------------

Image 7

2.3.2. La prise en charge des suivis

Les suivis, qui concernent près de 100% des patients, sont identiques dans la prise en charge du patient à la deuxième partie d'une nouvelle consultation, simplement dans ce cas, le motif de consultation a déjà été complètement exploré.

Une consultation type dure donc 30 minutes, avec 10 minutes de débriefing entre l'interrogatoire et les tests, le tuteur passant ensuite pendant le traitement.

Nous proposons de décrire 3 consultations.

2.3.2.1. Consultation 1

Ce premier cas est celui d'un patient, d'environ 50 ans, traité par Neil, étudiant en quatrième et dernière année. Il vient pour une lombalgie basse, aggravée à l'extension et soulagée à la flexion. Il y a une légère irradiation montante dorsale. Le motif de consultation ne sera pas plus détaillé, Neil a vu le patient il y a trois semaines, la douleur s'est « *un peu améliorée* » selon le patient.

Une courte observation s'en suit, debout de dos, avec une localisation/reproduction de la douleur : lombaire basse et sacro-iliaque gauche.

Puis les tests :

-debout : TFD, rotation du tronc, palpation musculaire antérieure et postérieure du MI ;

-assis : cervicales en flexion et extension, dorsales en flexion et extension, puis side et rotation. Ces tests semblent plus globaux que spécifiques, ce que Neil nous confirmera par la suite ;

-couché : tests musculaires sur les psoas.

Après un très court débriefing avec le tuteur, qui semble d'accord avec Neil pour le traitement, nous revenons.

Le traitement commence par un travail en tissus mous du quadriceps gauche et du TFL, puis du triceps sural. Toujours à gauche, un travail sur le psoas, en appui direct, avec flexion/extension du MI, sur le dos, puis sur le côté, dos au thérapeute. Il fini le traitement par un travail articulaire lombaire, et tissus mous sur les para-vertébraux lombaire, puis un MET en rotation lombaire, à visée globale.

Il conseille ensuite au patient qui pratique le running de préférer les sols moins durs, et de pratiquer aussi la natation, puis fixe en rendez-vous dans trois semaines. Le tuteur conseille aussi du stretching au patient.

2.3.2.2. Consultation 2

Ce deuxième cas est celui d'une patiente de 37 ans, suivie par Zoé, étudiante de quatrième année, qui ne l'a pas vu depuis plus d'un an. Elle vient ce jour pour une douleur de l'épaule droite, avec une restriction de mobilité cervicale, en flexion/extension, et rotation, le side n'étant pas restreint. Elle ne présente pas de maux de tête, de douleurs dans les bras et pas de nouveaux antécédents médicaux.

Après une très courte observation, les tests commencent par la reproduction de la douleur, qui se situe sur le trapèze et l'élévateur de la scapula à droite. Les tests actifs objectivent une rotation cervicale droite très fortement limitée, et une rotation gauche et flexion/extension limitées. Ensuite une palpation musculaire de toute la zone commence, puis des tests articulaires globaux au niveau cervical.

Un court débriefing, puis le traitement. Elle commence par une traction cervicale, puis un MET de la première cote. Elle effectue ensuite un travail musculaire type TGO sur l'épaule, le trapèze, la première côte et les scalènes, à droite. Elle re-teste ensuite les premières côtes et les vertèbres cervicales. En décubitus ventral, elle pratique ensuite du tissu mou sur les para-vertébraux dorsaux. En décubitus, un travail articulaire/musculaire en rotation externe/abduction sur les 2 épaules, un MET du pectoral, puis un ponçage du SCOM. Elle conseille ensuite à la patiente de s'étirer plus régulièrement, puis lui fixe un rendez-vous dans deux semaines.

2.3.2.3. Consultation 3

Cette troisième consultation est réalisée par Nick, étudiant de quatrième année, avec une patiente de 27 ans, qui vient pour la deuxième fois pour une cervicalgie, avec une douleur de première côte droite. Lors de la première séance, deux semaines auparavant, la douleur était de 3-4/10, sur une échelle de douleur. Aujourd'hui, elle est de 1/10. Le débriefing avec le tuteur sera très court, il lui conseille de continuer le travail entrepris lors de la première séance (purement musculaire).

Nick réalise des tests actifs du rachis cervical, à la suite d'une courte observation. Puis une palpation de la zone. En décubitus, il réalise ensuite une traction cervicale, un travail musculaire sur le SCOM droit. En latéro-cubitus, il pratique un travail musculaire principalement sur les rhomboïdes, puis sur le trapèze, la scapula dans les mains. En décubitus ventral, il travaille ensuite les para-vertébraux dorsaux en tissu mou, puis les trapèzes, puis revient sur les para-vertébraux dorsaux.

Il conseille encore un peu de repos, et une séance dans trois semaines.

2.4. Analyse de la prise en charge des patients

Elle se révèle différente de la prise en charge française sur plusieurs domaines.

La prise en charge des nouveaux patients se compose de 2 séances, ce qui permet un bilan vraiment complet.

Le traitement est bien plus local régional, voir même symptomatique. Lorsque nous avons cherché à savoir pourquoi un patient qui vient pour une douleur d'épaule n'enlève pas son pantalon, pourquoi les tests restent régionaux, même dans le cas d'un nouveau patient, plusieurs élèves ont avancés les mêmes explications :

-un manque de temps ;

-le travail est global tout de même, puisque pour « *le cas d'une épaule par exemple, nous allons voir les cervicales, les thoraciques, les cotes, parfois le coude* ».

-les bilans sont rares voir même inexistant, « *il n'y a jamais besoin de tester tout le corps* ».

Cela ne correspond pas à notre mode de fonctionnement en France, à l'éducation du patient que nous avons ici. La théorie de la globalité n'est pas vraiment la même, leurs tests et traitements restent tout de même très local régionaux, voir même symptomatiques.

Les patients sont habitués à venir plusieurs fois pour le même motif de consultation, ce qui permet ce genre de prise en charge, moins globale, moins longue, pas forcément moins complète - même si certains élèves de la BSO trouvent que c'est le cas par rapport à la formation que nous avons - mais en tout cas différente.

2.5. Analyse des techniques employées

Les techniques employées sont principalement musculaires sur les 18 consultations que nous avons vues pendant ce stage de deux jours. Le tissu mou en tête, avec des tests très simple mais très efficaces, comparatifs droite/gauche, antérieur/postérieur, agoniste/antagoniste, si le muscle est tendu ou non (tight or less). Il y a aussi du TGO, beaucoup de MET, notamment pour les corrections articulaires.

Nous n'avons vu aucune technique structurelle HVT. Nous avons donc posé la question, pour comprendre pourquoi - surtout avec la réputation que l'ostéopathie anglaise a ici - ces techniques ne sont pas, ou pas plus utilisées. On nous a répondu

que ces techniques étaient utilisées, mais pas en première intention, et rarement tout de même. La présence du tuteur est obligatoire pour toute technique structurale HVT, peu importe sa localisation. On nous a aussi expliqué qu'ils préfèrent que le patient vienne trois ou quatre fois pour le même motif de consultation, avec trois ou quatre traitements musculaires, plutôt qu'une fois avec du structurel HVT.

Cela pour trois raisons principales : le traitement est plus efficace sur le long terme, il est aussi moins « dangereux » que le HVT et le patient est « éduqué », habitué à venir plusieurs fois et cela ne pose aucun problème de le faire revenir trois ou quatre fois pour une même douleur. De plus, certains tuteurs avec plus d'expérience nous ont aussi confié qu'il y a quelques dizaines d'années, les physiothérapeutes n'étaient pas très présents sur le territoire, et qu'un marché différent de celui français était à explorer.

Nous n'avons pas non plus vu de crâne et de viscéral. Cela s'explique simplement par le fait que dans cette école, ces matières sont optionnelles. En effet, en quatrième année, les élèves ont des matières obligatoires et d'autres facultatives, trois, qu'ils doivent choisir parmi sept dont le crânien, le viscéral ou la spécialisation HVT.

Cela dit, leur formation théorique - notamment sur les pathologies, les diagnostics différentiels, les tests orthopédiques et neurologiques, les tests d'exclusion - semble complète, et similaire à la notre.

Mais il est alors important de se demander à quel point il est intéressant d'être aussi bien formé sur les pathologies, les diagnostics différentiels, et surtout les tests orthopédiques et neurologiques puisqu'aucune technique dite « à risque », ou très peu, n'est effectuée.

Conclusion

Ce stage nous a permis une de voir un autre visage de l'ostéopathie, et nous a aussi montré qu'il ne faut pas toujours se fier à une réputation, et cela nous a aussi permis de faire la connaissance et la visite d'une ville magnifique.

Il a permis de nous montrer que les techniques musculaires, parfois décriées en France, et délaissées par nombre d'ostéopathes sont efficaces. Cela dit, cela nous a montré aussi que la vision globale du corps dans l'ostéopathie peu avoir plusieurs interprétations, et que celle de la BSO est plutôt « légère », aussi bien dans l'observation, les tests et le traitement, bien qu'elle soit plus importante dans l'anamnèse primaire.

Nous avons donc découvert une autre ostéopathie, plus « régionale », plus musculaire, et donc par certains cotés moins globale, mais qui fonctionne, et qui a fait ses preuves.