

## Partie C: Informations anonymes sur les patients

### Section 1 – Sélection du patient \_\_\_\_\_ (1 à 4)

Les données que vous entrez dans cette partie ne sont pas liées à votre identité et sont enregistrées séparément des informations données dans la partie B.

Veillez obtenir une date aléatoire en activant le lien ci-dessous. Ensuite consultez votre agenda pour retenir la première personne dans les 24h qui suivent la date et l'heure fournies. Pour être retenu, le patient doit soit être un nouveau patient, soit un patient revenant pour un nouveau problème ou un nouvel épisode. Par « nouvel épisode », nous entendons une personne faisant partie de votre patientèle qui revient vous consulter pour un problème récurrent mais qui n'a pas présenté de symptômes de ce problème pendant six semaines au moins depuis la dernière consultation.

**Veillez obtenir une date et une heure de consultation aléatoire en scannant le code-QR ci-dessous avec votre smartphone. Si vous n'avez pas de lecteur de code-QR, vous pouvez en télécharger un gratuitement par votre fournisseur d'applications. Vous pouvez également saisir l'adresse URL ci-dessous dans un navigateur.**



[bit.ly/2n5Fcub](http://bit.ly/2n5Fcub)

**C1\_1 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies?**

Oui (passez à C2)

Non

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_2 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_3 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_4 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_5 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
  - Non
-

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_6 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_7 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_8 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_9 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
  - Non
-

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_10 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_11 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_12 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

*Il semblerait que vous rencontriez des difficultés pour identifier un moment durant lequel vous avez vu un patient présentant une nouvelle situation.*

*Veillez contacter Paul Vaucher à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch) pour vous fournir une solution de sélection plus convenable et adaptée à votre situation.*

---

**C2 Quel mois avez-vous reçu le patient sélectionné ?**

\_\_\_\_\_

**C3** Quel jour de la semaine avez-vous reçu le patient sélectionné ?

\_\_\_\_\_

**C4** À quelle heure la consultation a-t-elle commencé ?

- avant 8h
- entre 8h et 9h59
- entre 10h et 15h59
- entre 16h et 17h59
- à 18h ou plus tard

(passez à Section 2 – Informations générales sur le patient)

## Section 2 – Informations générales sur le patient

Nous vous recommandons de rajouter une petite note dans le dossier du patient spécifiant que ses données ont été utilisée pour l'étude SwissOsteoSurvey. Ceci vous permettra d'en informer votre patient si ce dernier vous le demanderait.

Consultez le dossier du patient sélectionné et répondez aux questions suivantes.

**C5 Sexe du patient**

(S'il existe une ambiguïté, référez-vous au sexe auquel le patient s'identifie le mieux.)

- Masculin                       Féminin

**C6 Le patient a t'il plus de deux ans?**

- Oui  
 Non (passez à C6c)

**C6b Âge du patient en années :**      --  
(passez à C7)

**C6c Âge du patient en mois :**      --

**C7 Region de domicile :**

- Région lémanique (GE, VD, VS)  
 Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO)  
 Suisse du Nord-Ouest et Zurich (AG, BS, BL, ZH)  
 Suisse orientale (AI, AR, GL, SG, SH, TG)  
 Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)  
 Tessin et Graubünda (TI, GR)

**C8** Comment définiriez-vous le statut professionnel actuel du patient ?  
(plusieurs réponses possibles)

- Etudiant / écolier
  - Infantine
  - École primaire
  - École secondaire
  - École tertiaire / études supérieures / université
- Indépendant
  - À quel pourcentage ? (42h/sem = 100%) : \_\_\_\_\_
  - Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Employé
  - À quel pourcentage ? (42h/sem = 100%) : \_\_\_\_\_
  - Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Femme au foyer / homme au foyer
- Actuellement sans travail ni en étude
  - Sans travail pour des raisons de santé
  - Retraité
  - Âge préscolaire
  - Autre(s) (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C9** Le patient a-t-il déjà été traité par un ostéopathe auparavant ?  
(plusieurs réponses possibles)

- Oui, par moi, pour un épisode antérieur du même problème
- Oui, par moi, pour un autre problème
- Oui, par un autre ostéopathe
- Non
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C10** Le patient vous a-t-il été envoyé par quelqu'un ?

- Oui
- Non (passez à C11)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C11)

**C10b Qui vous a envoyé ce patient ?**

- Médecin généraliste
- Dentiste
- Pharmacien
- Chiropraticien
- Autre spécialiste médical (veuillez préciser \_\_\_\_\_)
- Autre ostéopathe  
(y inclus assistant)
- Sage-femme
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Nutritionniste
- Infirmier/infirmière
- Autre professionnel de santé (veuillez préciser \_\_\_\_\_)
- Thérapeute complémentaire

**C11 Combien de temps le patient a-t-il dû attendre pour avoir un rendez-vous chez vous ?**

- 1 jour ou moins
- 2-3 jours
- 4-7 jours
- 8 jours ou plus
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier



## Section 3 – Information sur le problème de santé du patient à la première consultation

**C12** Quel était la nature du **principal** problème (motif de consultation) ?  
(plusieurs réponses possibles)

- Douleur ou dysfonctionnement musculosquelettique
- Problème spécifique aux nourrissons
- Problème de dents/orthodontique
- Problème nez-gorge-oreilles
- Problème neurologique
- Problème rhumatologique
- Problème gastro-intestinal
- Problème d'obstétrique
- Problème gynécologique
- Problème psychologique
- Problème endocrinien
- Problème respiratoire
- Problème cardiovasculaire
- Problème uro-génital
- Problème dermatologique
- Problème ophtalmologique
- Problème général / non spécifique
- À titre préventif
- Autre, veuillez préciser \_\_\_\_\_

**C13** Depuis combien de temps le patient avait-il ce problème, y compris les épisodes précédants?

- 24h ou moins
- 1–2 jours
- 2–7 jours
- 1–4 semaines
- 1–6 mois
- 6–12 mois
- 1–2 années
- 2–5 années
- 5–10 années
- Plus de 10 ans
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C14** Au moment de la première consultation, depuis combien de temps le patient n'allait-il pas au travail/à l'école à cause de ce problème ?

- N'a pas arrêté de travailler/d'aller à l'école
- 24h ou moins
- 1–2 jours
- 2–7 jours
- 1-4 semaines
- 1-6 mois
- 6–24 mois
- Plus de 24 mois
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C15** Le patient a-t-il fait l'objet d'un traitement/examen antérieur pour cet épisode ?

- Oui
- Non (passez à C16)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C16)

**C15b Qui le patient a-t-il vu antérieurement pour cet épisode ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Médecin généraliste
- Pharmacien
- Physiothérapeute
- Autre ostéopathe
- Autre ostéopathe-assistant
- Thérapeute complémentaire
- Spécialiste médical (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C15c Quels examens ont été déjà effectués pour le problème de santé et avez-vous vu le rapport ou les résultats d'examens ?**  
(plusieurs réponses possibles)

	Effectué	Vu	
		Rapport	Examen complet
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre imagerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse d'urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez préciser) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C15d Quel(s) traitement(s) le patient a-t-il déjà suivi(s) pour cet épisode ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Automédication
- Médication sur ordonnance
- Thérapie manuelle
- Chirurgie
- Médecine complémentaire
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C16 Comment se sont manifestés les premiers symptômes ?**

- Apparition traumatique
- Apparition soudaine/aiguë (non-traumatique)
- Apparition lente/insidieuse
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C17 De quelle épisode s'agissait-il ?**

- La premier
- La deuxième
- La troisième
- La quatrième ou plus
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C18 Avez-vous noté la gravité des principaux symptômes à la première consultation ?**

- Oui
- Non (passez à C18c)

**C18b Gravité des principaux symptômes relevés à la première consultation**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nulle				Modérée				Pire imaginable		

**C18c Veuillez estimer la gravité des principaux symptômes à la première consultation**

- Pas de symptôme
- Peu grave
- Moyennement grave
- Grave
- Gravissime
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C19 Zones de localisation des symptômes : veuillez donner jusqu'à quatre zones de localisation des symptômes par ordre de priorité pour le patient**

<b>Zone</b>	<b>1<sup>er</sup></b>	<b>2<sup>ème</sup></b>	<b>3<sup>ème</sup></b>	<b>4<sup>ème</sup></b>
Tête/visage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temporo-mandibulaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cou/nuque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Épaules	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avant-bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poignet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Main	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonne thoracique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cage thoracique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Région lombaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Région sacro-iliaque/ bassin / pubis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fessier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hanche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jambe (partie inférieure)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cheville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pied	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**C20 Le patient souffre-t-il d'autres problèmes diagnostiqués par un médecin ?  
(plusieurs réponses possibles)**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Non

*Problèmes cardiovasculaires*

- Hypertension
- Angine
- Insuffisance cardiaque
- Infarctus du myocarde
- Attaque cérébrale (accident vasculaire cérébral ischémique)
- Maladie vasculaire périphérique
- Autre problème cardiovasculaire

*Troubles mentaux*

- Anxiété
- Dépression
- Démence
- Autre trouble mental

*Problèmes rhumatologiques*

- Arthrite
- Ostéoporose
- Autre problème rhumatologique

*Troubles sensoriels et neurologiques*

- Migraine
- Déficience auditive
- Déficience visuelle
- Maladie neurologique
- Autre trouble neurologique

*Problèmes respiratoires*

- Asthme
- Bronchopneumonie obstructive chronique (BPCO)
- Autre problème respiratoire

*Maladies des reins/du foie*

- Maladie des reins
- Maladie du foie
- Autres maladie des reins/du foie

*Problèmes digestifs*

- Problèmes au niveau du tractus gastro-intestinal supérieur
- Maladie inflammatoire chronique intestinale (i.e. maladie de Crohn, rectocolite hémorragique)
- Syndrome du côlon irritable
- Autres problèmes digestifs diagnostiqués

*Problème/état de santé d'ordre général*

- Grossesse
- Anémie
- Diabète
- Cancer
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

*Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_*

## Section 4 – Gestion et traitement

### **C21** Quel(s) examen(s)/test(s) avez-vous effectué(s) à la première consultation?

(plusieurs réponses possibles)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C22)
- Aucun (passez à C22)
- Examen visuel
- Palpation de la position/symétrie/forme des structures
- Recherche des points sensibles/douloureux
- Examen de l'amplitude du mouvement articulaire
- Examen de la qualité du mouvement articulaire
- Mobilité viscérale
- Mobilité crânienne
- Testing fascial
- Test de réflexe neurolymphatique (p.ex. réflexe Chapman and Jarricot)
- Test d'étirement des nerfs
- Test de la fonction musculaire
- Test orthopédique
- Percussion et auscultation
- Examen neurologique
- Questionnaire de patient (p.ex. Oswestry Disability index)
- Otoscopie (nez/gorge/oreilles)
- Ophtalmoscopie (yeux)
- Imagerie médicale (p.ex. radio, IRM)
- Analyse de sang
- Analyse d'urine
- Autre(s), veuillez préciser : \_\_\_\_\_



**C21b Comment avez-vous obtenu le consentement du patient pour l'examiner ?**  
(Nous rappelons qu'il est impossible de faire le lien entre vos réponses et votre identité)

- Consentement implicite
- Par oral
- Par écrit
- Par écrit et par oral
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Pas de consentement demandé

**C22 Quel plan thérapeutique a été convenu avec le patient ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Traitement ostéopathique
- Une seule consultation
- Le patient a été envoyé ailleurs
- Pas de plan de traitement convenu
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C23 Quelles approches thérapeutiques avez-vous utilisées avec le patient à la première consultation ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C24)
- Aucun traitement (passez à C24))
- Technique sur tissus mous
- Mobilisation articulaire
- Technique de thrust HVBA
- Technique crânienne
- Myotensif
- Technique Jones (strain-counterstrain)
- Technique fonctionnelle
- Traitement général ostéopathique (TGO)
- Technique viscérale
- Thérapie myofasciale (MFR)

- Technique d'inhibition (e.g. « trigger points »)
- Approche biodynamique
- Pas eu de contact manuel
- Exercice de renforcement
- Exercice d'étirement
- Exercice – proprioception
- Exercice de pleine conscience (« mindfulness »)
- Relaxation
- Auto-gestion
- Conseil relatif au mode de vie
- Education neuroscientifique à la douleur
- Conseil alimentaire
- Conseil d'automédication
- Thérapie nutritionnelle
- Traitement orthopédique
- Traitement psychologique
- Hypnose
- Acupuncture
- Aiguilles sèches
- Homéopathie
- Médecine par les plantes
- Kinésiologie appliquée ou clinique
- Biorésonance
- Electro-thérapie
- Prescription de médicament
- Injections
- Autres (veuillez préciser)\_\_\_\_\_

**C23b** Comment avez-vous obtenu le consentement du patient pour le traitement ?  
(Nous rappelons qu'il est impossible de faire le lien entre vos réponses et votre identité)

- Consentement implicite
- Par oral
- Par écrit
- Par écrit et par oral
- Autre (veuillez préciser): -----
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Sans consentement

**C24** Avez-vous effectué un des examens/traitements suivants et obtenu le **consentement spécifique du patient** ?

(par consentement spécifique, on entend le fait d'avoir explicitement donné l'option de refuser la procédure proposée)

Examen/test	Effectué		Consentement spécifique	
	Oui	Non	Oui	Non
Rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buccal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auditif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrust cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrust thoracique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrust lombaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**C25 Avez-vous parlé avec le patient des points suivants ?**

	Oui	Non	Ne sais pas
Des options thérapeutiques pour le problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des risques et effets secondaires possibles du traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des résultats attendus du traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du nombre probable de séances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des moyens d'éviter le problème à l'avenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du problème de santé en soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**C26 Quelle(s) stratégie(s) d'autogestion avez-vous recommandée(s) au patient ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Aucune
- Application de chaud
- Application de froid
- Bains alternés
- Protocole RICE (rest-ice-compression-elevation)
- Repos
- Exercices de renforcement
- Exercices d'extension
- Exercices de proprioception
- Exercices de pleine conscience (mindfulness)
- Activité physique en général
- Conseils de relaxation
- Conseils concernant l'activité physique
- Vitamines / compléments alimentaires
- Remèdes naturels
- Techniques neuromusculaires naturopathiques (kinésiologie)
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C27 Qui a payé la plus grande partie du traitement ?**

- Le patient lui-même
- L'assurance complémentaire du patient
- L'assurance accident de l'employeur
- L'assurance accident privée du patient
- L'assurance invalidité
- L'employeur du patient
- Autres (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C28 Le problème de santé du patient fait-il actuellement l'objet d'un cas d'assurance ou d'une réclamation ?**

- Oui
- Non
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C29 Combien de temps a duré cette première consultation ?**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passer à C30)

\_\_\_\_\_ *minutes*

**C29b Sur ce laps de temps, combien de minutes environ avez-vous consacrées à :**

l'anamnèse	__ min
l'examens cliniques / tests	__ min
discussion sur le traitement	__ min
discussion sur le consentement	__ min
traitement	__ min
conseil et soutien (y inclus soutien psychologique)	__ min
administration	__ min
Autre(s) : veuillez préciser _____	__ min

**C30 Le patient est-il revenu pour une deuxième consultation ?**

- Oui (passez à C31)  
  Non

**C30b Le patient ...**

- a été envoyé à un autre professionnel de santé ?  
 a été libéré (fin du traitement) ?  
 n'a pas voulu un deuxième rendez-vous  
 n'est pas venu au rendez-vous fixé  
 a annulé le rendez-vous  
 ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

(Passez à C43)

## Section 5 – Deuxième consultation

**C31 Le patient a-t-il fait état de complications liées au traitement après la première consultation ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Non
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Douleur accrue
- Raideur accrue
- Vertige
- Nausée
- Maux de tête
- Fatigue
- Problème sérieux (si connu, veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C32 Comment le patient s'est-il senti, globalement, après la première consultation ?**

- Pire que jamais
- Bien pire
- Pire
- Ni mieux ni pire
- Mieux
- Bien mieux
- Mieux que jamais
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C33**    **Quelles approches thérapeutiques avez-vous utilisées avec le patient à la deuxième consultation ? (plusieurs réponses possibles)**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C34)
- Aucun traitement    (passez à C34)
- Technique sur tissus mous
- Mobilisation articulaire
- Technique de thrust HVBA
- Technique crânienne
- Myotensif
- Technique Jones (strain-counterstrain)
- Technique fonctionnelle
- Traitement général ostéopathique (TGO)
- Technique viscérale
- Thérapie myofasciale (MFR)
- Technique d'inhibition (e.g. « trigger points »)
- Approche biodynamique
- Pas eu de contact manuel
- Exercice de renforcement
- Exercice d'étirement
- Exercice – proprioception
- Exercice de pleine conscience (« mindfulness »)
- Relaxation
- Auto-gestion
- Conseil relatif au mode de vie
- Education neuroscientifique à la douleur
- Conseil alimentaire
- Conseil d'automédication
- Thérapie nutritionnelle
- Traitement orthopédique
- Traitement psychologique
- Hypnose
- Acupuncture
- Aiguilles sèches
- Homéopathie



- Médecine par les plantes
- Kinésiologie appliquée ou clinique
- Biorésonance
- Electro-thérapie
- Prescription de médicament
- Injections
- Autres (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**C34** **Quelle(s) stratégie(s) d'autogestion avez-vous recommandée(s) au patient ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Aucune
- Application de chaud
- Application de froid
- Bains alternés
- Protocole RICE
- Repos
- Exercices de renforcement
- Exercices d'extension
- Exercices de proprioception
- Exercices de pleine conscience (mindfulness)
- Activité physique en général
- Conseils de relaxation
- Conseils concernant l'activité physique
- Vitamines / compléments alimentaires
- Remèdes naturels
- Techniques neuromusculaires naturopathiques (kinésiologie)
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C35** **Temps consacré à la deuxième consultation**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passer à C36)

\_\_\_\_\_ *minutes*

**C36** Le patient est-il revenu pour une troisième consultation ?

- Oui (passez à C37)
- Non (passez à C40)

## Section 6 – Dernière consultation du traitement initial pour cet épisode

**C37**    **Nombre total de traitements pour cet épisode**  
(de la première consultation à la dernière en date)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier    (passer à C40)

Nombre : \_\_\_\_\_

**C38**    **Le patient continue-t-il de rendre compte de complications liées au traitement ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Non
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Douleur accrue
- Raideur accrue
- Vertige
- Nausée
- Maux de tête
- Fatigue
- Problème sérieux (si connu, veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C39**    **Comment le patient s'est-il senti, globalement, après la dernière consultation en date ?**

- Pire que jamais
- Bien pire
- Pire
- Ni mieux ni pire
- Mieux
- Bien mieux
- Mieux que jamais
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C40 Durée de la période de traitement**

(de la première consultation à la dernière en date)

Utilisez l'échelle la plus adéquate

Semaines \_\_ \_\_                      Mois \_\_ \_\_

**C41 Le patient a-t-il terminé le traitement initial pour cet épisode ?**

- Oui
- Non, le traitement est en cours
- Le patient n'est pas revenu (pour une raison inconnue)
- Arrêt du traitement pour cause de maladie
- Arrêt du traitement pour des motifs financiers
- Arrêt du traitement pour une autre raison (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**C42 Avez-vous noté la gravité des principaux symptômes lors de la dernière consultation ?**

- Oui
- Non (passez à C42c)

**C42b Gravité des principaux symptômes relevés lors de la dernière consultation**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

---

Pas de symptôme

moyennement grave

gravissime

(passez à C43)

**C42c Veuillez estimer la gravité des principaux symptômes relevés lors de la dernière consultation**

- Pas de symptôme
- Peu grave
- Moyennement grave
- Grave
- Gravissime
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C43 Les objectifs thérapeutiques fixés ont-ils été atteints avec ce patient ?**

Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

<b>Pas du tout</b>	<b>Dans une certaine mesure</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Tout à fait</b>	<b>Pas applicable</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**C44 Depuis la première consultation, le patient a-t-il dû s'absenter de son travail/l'école pour le problème sous traitement ?**

- Oui
- Non (passez à C45)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C45)

**C44b Le patient a-t-il pu retourner au travail/à l'école ?**

- Oui
- Non (passez à C45)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C45)

**C44c Au bout de combien de temps suite à la première consultation le patient a-t-il pu retourner au travail/à l'école ?**

- Le même jour
- Le lendemain
- 2–7 jours
- 1–4 semaines
- 1–6 mois
- 6–12 mois
- Plus de 12 mois
- Don't know/can't tell from the record

**C45 Avez-vous contacté le médecin traitant du patient pendant le traitement ?**

- Oui
- Non (passez à C46)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C46)

**C45b Pourquoi avez-vous contacté le médecin traitant du patient ?**

(plusieurs réponses possibles)

- C'est lui qui m'a envoyé le patient
- Pour demander des informations et/ou des examens supplémentaires
- À sa demande
- Pour parler d'un éventuel autre traitement
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Don't know/can't tell from the record

**C46 Lors de la dernière consultation, qu'est-ce qui a été convenu pour le suivi du patient ?**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Rien n'a été convenu
- Le patient a été libéré (fin du traitement)
- Le patient a décidé de revenir périodiquement
- Le patient attend les résultats des examens
- Le patient a été envoyé ailleurs pour examen/traitement
- Le traitement initial est encore en cours
- Le patient projette de revenir si nécessaire
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C47 Depuis la première consultation, le patient a-t-il été vu par quelqu'un d'autre pour le problème qui l'a amené à vous consulter ?**

- Oui
- Non (passez à la fin de cette section)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à la fin de cette question)

**C47b Par qui l'a-t-il été ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Urgentiste
- Médecin traitant
- Autre ostéopathe
- Dentiste / orthodontiste
- Autre consultant médical (veuillez préciser)\_\_\_\_\_
- Thérapeute complémentaire (veuillez préciser)\_\_\_\_\_
- Psychologue
- Autre prestataire de soins (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C47c À qui avez-vous envoyé le patient ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai pas référé le patient
- Urgentiste
- Médecin traitant
- Autre ostéopathe
- Dentiste / orthodontiste
- Autre consultant médical (veuillez préciser)\_\_\_\_\_
- Thérapeute complémentaire (veuillez préciser)\_\_\_\_\_
- Psychologue
- Autre prestataire de soins (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

## Saisie de votre questionnaire

Merci d'avoir complété les informations de votre patient. Si vous avez des questions, ou des difficultés pour retranscrire ces informations sur le questionnaire en ligne, vous pouvez joindre Paul Vaucher pendant les heures de bureau au numéro +41 (0)26 429 60 41 ou par courriel à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch).

**FIN DU QUESTIONNAIRE**