



# Préserver sa pratique dans la durée

Usure professionnelle & vigilance clinique chez l'ostéopathe.  
3 dangers identifiés, 3 leviers d'action concrets.

Pascal Pagano · 20 mars 2026 · Lausanne

## DANGER 1

Burnout & usure psychique

## DANGER 2

Troubles musculo-squelettiques

## DANGER 3

Baisse de vigilance clinique

« Qui prend soin du praticien ? Un corps usé et un esprit saturé ne peuvent pas rester cliniquement vigilants. »

# Qui est à risque ? Les chiffres

Données épidémiologiques chez les ostéopathes

## L'ostéopathe qui s'épuise

OSTÉOPATHES UK · 522 RÉPONDANTS · CBI

≈ 17 %

Forte exhaustion émotionnelle — surtout femmes jeunes, > 40 h/sem., > 20 patients/sem.

OSTÉOPATHES INDÉPENDANTS · POLOGNE

≈ 18,6 %

Épuisement émotionnel élevé — sous-groupe à risque dans une population globalement modérée

RÉSIDENTS EN MÉDECINE OSTÉOPATHIQUE · USA

≈ 55 %

Burnout global · ~40 % chez étudiants DO · 77 % symptômes dépressifs · 29,9 % anxiété

## Traduction clinique

- Fatigue chronique, irritabilité, sentiment de « ne plus avoir d'empathie ».
- **Raccourcis diagnostiques** : on « reconnaît » plus vite qu'on n'examine.
- Baisse de satisfaction professionnelle, réduction de la qualité de la présence.

« Le burnout n'arrive pas d'un coup : c'est le produit de milliers de micro-renoncements à soi, justifiés par la charge de travail. »

## RÉFÉRENCES

Osteopathic Research (UK) ORW 1866 Klimaszewska (Pologne) PubMed 26830526  
PubMed 26108394

# Quand l'usure psychique se voit en clinique

Raccourcis & signaux manqués

## Cas 1 — Fin de journée, vigilance en baisse

Patiente de **42 ans**, cervicalgie depuis 2 semaines, déjà vue 3 fois en 10 jours. Quatrième séance, **16 h 30**, journée chargée.

Elle évoque « un **point chaud à l'avant du cou** » apparu la veille.  
Conclusion rapide : spasme musculaire post-traitement — **sans examen approfondi ni red flags systématiques.**

**2 semaines plus tard → Hyperthyroïdie sévère · Prise en charge en urgence**

## Ce que montre ce cas

- ⚠ Impact de la fatigue sur la **qualité de l'anamnèse**
- ⚠ Négligence des hypothèses **non mécaniques** au profit du « déjà vu »
- ⚠ Réduction de la curiosité clinique, **baisse de tolérance à l'incertitude**

« Quand le praticien s'épuise, il ne devient pas moins compétent sur le papier, mais il devient moins disponible pour faire fonctionner ses compétences. »

# Protéger le psychique : 3 micro-actions

Interventions avec preuves chez les soignants

## 1. Plages protégées & plafond de consultations

- Fixer un **nombre maximal de patients/jour** (8–10 pour des consultations de 45 min) et de jours/semaine (4,5 j).
- Bloquer des créneaux « hors patients » pour administratif, réflexion de cas, formation.
- Refuser les « rajoutes » en fin de journée, sauf urgence justifiée.

## 2. Pratique de régulation du stress

- Programme MBSR, méditation guidée, yoga ou respiration, **1–2×/semaine**.
- Diminution modérée mais significative du burnout (médecins & infirmiers).

## 3. Sortir de l'isolement : groupe de pairs

- **1 rencontre mensuelle** (présentielle ou visio) de 60–90 min.
- Menu : cas cliniques difficiles + vécu émotionnel de la pratique.
- Objectif : partage, normalisation, regard externe — associé à une meilleure résilience.

« *Le burnout n'est pas un problème de fragilité individuelle, c'est une réponse adaptative à une organisation de travail non durable.* »

→ Choisir 1 action dans le mois · L'écrire sur papier

# Usure musculo-squelettique du praticien

Données épidémiologiques chez les professions manuelles

## Des TMS quasi inévitables sans prévention

PRÉVALENCE 12 MOIS · REVUE SYSTÉMATIQUE 2024

> **50 %**

Chez les physiothérapeutes — postures, tâches répétitives, flexion/rotation

WMSDS DOULEURS > 3 JOURS · ÉTUDE 2022

**53 %**

Localisations : bas du dos, épaules, cou, poignet/main

PRÉVALENCE EN CARRIÈRE

**75–85 %**

Troubles MSK liés au travail sur l'ensemble de la carrière

**Facteur aggravant identifié :** mauvaise condition physique (surcharge pondérale, faible endurance, faible force musculaire) associée à plus de WMSDs.

## Cas — « Mon corps ne suit plus »

Ostéopathe, **45 ans**, 25 ans de pratique, **15 patients/jour**.  
Lombalgies chroniques (3 ans), douleur d'épaule (1 an).  
Incapacité à enchaîner 10 HVLA sans douleur.

- **Aucune adaptation** de la technique malgré la douleur.
- Pas de programme de renforcement dédié.
- Aucune consultation pour ses propres plaintes MSK.

« Qui d'entre vous a mal au dos ou à l'épaule au moins 1 fois/semaine ? »

## RÉFÉRENCES

Revue syst. 2024 · PubMed · PMC 9245502 · 2022 · PMC 11642160 · Condition physique

# Protéger son corps : 5 gestes « hygiène MSK »

Prévention des TMS chez l'ostéopathe

## 1. Hauteur de table & ergonomie

- Ajuster la table **plusieurs fois/jour** — zone neutre lombaire.
- Utiliser tabouret, marche-pieds, coussins pour éviter les flexions extrêmes.
- Privilégier des variantes techniques qui vous respectent physiquement.

## 2. Renforcement ciblé 2×/semaine

- **20 minutes** : gainage, chaîne postérieure, ceinture scapulaire.
- Réduction significative des TMS dans les professions physiques.

## 3. Mini-échauffement quotidien (3 min)

- Avant le premier patient : mobilisation rachis, hanches, épaules.
- Objectif : **activer**, pas fatiguer.

## 4. Organisation des patients

- Éviter d'enchaîner plusieurs patients physiquement lourds.
- **Alterner** consultations « lourdes » et « légères » dans le planning.

## 5. Carnet MSK du praticien

- Pendant **2-3 semaines**, noter : geste déclencheur, localisation, intensité.
- Adapter techniques & volume en fonction de ces données objectives.

→ Choisir 2 gestes à implémenter dès cette semaine

### RÉFÉRENCES

PMC 7195879 · Ergonomie · PMC 11642160 · Condition physique

# De l'usure à l'erreur clinique

Impact sur le raisonnement diagnostique

## Cas 2 — Douleur thoracique « mécanique »

Homme de **68 ans**, douleur intercostale droite, antécédent **BPCO**.  
Fin de journée, fatigué après plusieurs patients lourds.

Examen rapide : douleur à la palpation → conclusion « **blocage costal** ».

Traitement manuel, surveillance minimale.

**3 jours plus tard → Infarctus antérieur**

Douleur initiale réinterprétée comme atypique

## Ce que nous apprend la littérature

⚠ Erreurs diagnostiques MSK souvent liées à un **examen clinique incomplet**, mauvaise anamnèse, fatigue des juniors

⚠ Surcharge & fatigue augmentent le recours aux **heuristiques rapides** (raccourcis cognitifs)

→ La qualité de raisonnement dépend de **processus structurés**, pas uniquement de connaissances

« On ne peut pas compter sur la seule bonne volonté pour rester vigilant : il faut s'appuyer sur des routines et des checklists. »

## RÉFÉRENCES

PMC 2121291 · Erreurs MSK · JAMA Intern Med · PMC 12577475 · PubMed 40882378

# Structurer le raisonnement : 3 habitudes

Checklists, réflexion structurée & revue de cas

## 1. Checklists par motif principal

Exemple : cervicalgie

- Red flags cardio / neuro ?
- Red flags infectieux / tumoraux ?
- Drapeaux jaunes (stress, dépression, trauma psychique) ?
- Signe qui ne colle pas avec une douleur purement mécanique ?

On se protège peu par « plus de connaissances » et beaucoup par des **processus structurés**.

## 2. Structured reflection — 1 cas/jour

- Écrire **3-4 diagnostics possibles**.
- Argumenter rapidement pour/contre chacun.
- Identifier les **signes attendus absents**.

## 3. Revue de cas avec un pair (type M&M)

- **1x/mois**, 2-3 cas « qui ont fait douter ».
- Exposition à d'autres façons de raisonner.
- **Deliberate practice** : séances répétées avec coaching & feedback individualisé.

## Pause clinique quotidienne

- 5 minutes en fin de matinée ou fin de journée.
- Revue des situations où vous vous êtes senti **pressé, agacé ou incertain**.
- Ces états sont fortement associés au risque de décision de moindre qualité.

« La vigilance clinique n'est pas qu'un état mental, c'est une organisation de son propre raisonnement. »

# Une journée « durable » d'ostéo

Illustration d'un emploi du temps protégé

## Exemple · 8 h 30 – 17 h 30

**8h30–8h45** Échauffement + respiration (3 min) + briefing

**8h45–9h30** Patient 1 (45 min)

**9h30–10h15** Patient 2

**10h15–10h30** Pause vraie (mobilité nuque / épaules)

**10h30–11h15** Patient 3

**11h15–12h00** Patient 4

**12h00–13h00** Pause déjeuner (sans patients)

**13h00–13h45** Patient 5

**13h45–14h30** Patient 6

**14h30–14h45** Structured reflection : 1 cas du matin (5 min)

**14h45–15h30** Patient 7

**15h30–16h15** Patient 8

**16h15–16h30** Pause / administratif

**16h30–17h15** Patient 9 (ou patient 10 si journée chargée)

**17h15–17h30** Revue d'un cas hésitant + fermeture

## Points clés



Volume réaliste : **9–10 patients/jour** (consultations de 45 min)



Moments identifiés pour le **corps** (échauffement, pauses) et l'**esprit** (réflexion)



Protection contre les dérives : **pas de « rajout systématique »** en fin de journée



**Alternance physique** : patients lourds / légers dans le planning

« Il est plus rentable à long terme de voir 2 patients de moins et de durer 10 ans de plus, que l'inverse. »

# « Oui, mais... » — Les obstacles fréquents

Et comment les contourner

## Objections courantes

- 1 « Je dois faire **beaucoup de volume** pour vivre. »
- 2 « Je travaille seul, **je n'ai personne** avec qui faire un groupe. »
- 3 « Je n'ai **pas le temps** de faire du renforcement ou de la méditation. »
- 4 « Mes patients attendent que je sois **toujours disponible**. »

Chaque objection correspond à une peur légitime (financière, sociale, identitaire).

## Pistes de contournement

- **Augmenter légèrement les tarifs** plutôt que le volume pour préserver la santé.
- Créer un **groupe de pairs en visio** avec 2–3 collègues d'autres régions.
- Substituer **1 patient/sem** à 20 min de renforcement : investissement, pas perte.
- **Éduquer les patients** à ce qu'est une pratique durable et éthique.

« Chaque mesure de prévention a un coût. Mais l'absence de prévention en a un bien plus lourd : arrêt, désengagement, erreurs. »

# Mon plan d'action personnel

À remplir maintenant — 1 action par danger

## BURNOUT / USURE PSYCHIQUE

- Je plafonne mon nombre de patients/jour
- Je crée / rejoins un groupe de pairs (mensuel)
- Je démarre une pratique de régulation (MBSR, respiration, yoga)

## TMS DU PRATICIEN

- J'ajuste ma table systématiquement
- Je démarre 2 séances de renforcement/semaine
- Je tiens un carnet MSK pendant 3 semaines

## VIGILANCE CLINIQUE

- Je crée une checklist pour mon motif le plus fréquent
- Je fais une structured reflection sur 1 cas/jour
- J'organise une revue de cas mensuelle avec un pair

### Mon engagement à 30 jours

Choisissez 1 à 3 engagements réalistes. Écrivez-les. Relisez-les dans 1 mois.

# Prendre soin du thérapeute

Pour une pratique durable & vigilante

## Messages-clés

1 La **santé du praticien** conditionne directement la qualité de la prise en charge.

2 Burnout, TMS & erreurs de vigilance partagent des **facteurs communs modifiables**.

3 De **petites décisions répétées** changent la trajectoire d'une carrière.

« Investir une heure par semaine dans sa santé professionnelle n'est pas un luxe, c'est une responsabilité éthique envers ses patients. »

## Ressources à explorer

- Programmes **MBSR / mindfulness** pour soignants
- Guides de prévention des **TMS** chez les physiothérapeutes
- Ouvrages sur le **clinical reasoning** en musculo-squelettique
- Pratique réflexive, **métacognition** et « pause diagnostique »

### TOUTES LES RÉFÉRENCES

Osteopathic Research UK ORW 1866 Klimaszewska PM 26830526 PM 26108394 PM 38763580  
PMC 9245502 PMC 11642160 PMC 2121291 JAMA Intern Med PMC 12577475 PM 40882378 PMC 10193186  
PMC 8390726 PMC 7195879