



Satisfaction de la prise en charge ostéopathie misant sur la communication dans un contexte de douleurs chroniques : série de cas qualitatif et quantitatif

Par
Sébastien Drouin
Programme Professionnel d'Ostéopathie

Mémoire présenté à ENOSI Centre d'Ostéopathie de Montréal
en vue de l'obtention du Diplôme d'Études en Ostéopathie, grade de DO

Montréal, Québec, Canada
Août 2024

Membres du jury d'évaluation

Diego Legrand, B.Pharm., M.Sc., Ph.D. (c), H.C., PMP, Directeur Scientifique
Anaïs Beaupré, M.Sc., Ost., Directrice Pédagogique
François Lalonde, Ph.D., Ost., Kin.
Justine Fortin, B.Sc., M.Sc., Ph.D. (c)
Camila Durand, B.Éd., M.Sc., Ph.D. (c)

Sous la supervision de
Benoît Hogedez, Ph. D. (c) ; M.A Philosophy of Medicine

© Sébastien Drouin 2024

SOMMAIRE

Satisfaction de la prise en charge ostéopathie misant sur la communication dans un contexte de douleurs chroniques : série de cas qualitatif et quantitatif

Par
Sébastien Drouin
Programme Professionnel d'Ostéopathie

Mémoire présenté à ENOSI Centre d'Ostéopathie de Montréal
en vue de l'obtention du Diplôme d'Études en Ostéopathie, grade de DO

Contexte : Les principes fondateurs de l'ostéopathie sont remis en question dans la littérature scientifique. De nouveaux modèles de prise en charge émergent et proposent de nouvelles avenues thérapeutiques. Alors que la prise en charge du patient douloureux chronique est complexe, nous nous intéressons à leur satisfaction lorsque le professionnel base sa communication sur modèle voulant stimuler les effets contextuels positifs. Cette recherche exploratoire qualitative et quantitative souhaite explorer leur vécu dans la prise en charge ostéopathique.

Méthode : 3 participants ont été recrutés afin de réaliser des entretiens semi-dirigés suite à une intervention ostéopathique. Ils ont également rempli le questionnaire multimodal de satisfaction en physiothérapie. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée et les résultats ont été croisés avec les données quantitatives.

Résultats : Les participants apprécient et voient un bénéfice dans leur expérience de soin lorsque la communication est centrée sur le patient. La satisfaction est très élevée lorsque le thérapeute applique les recommandations proposées autant dans la communication verbale que non verbale.

Conclusion : Les participants sont satisfaits de la prise en charge basée sur une perspective biopsychosocial dont la communication est centrée sur le patient. Plus de recherches sont nécessaires afin de mesurer davantage quels éléments sont pertinents dans la communication verbale et non verbale dans le contexte ostéopathique afin de maximiser les effets contextuels et la satisfaction du patient.

Mots clés : ostéopathie, communication, communication verbale, communication non verbale, douleur, effet contextuel, effet placebo, effet nocebo

SUMMARY

Satisfaction with communication-based osteopathic management of chronic pain: a qualitative and quantitative case series

By

Sébastien Drouin

Professional Program of Osteopathy

A thesis presented to ENOSI in partial fulfillment of the requirements of the degree of DO

Background: The founding principles of osteopathy are being called into question in the scientific literature. New models of care are emerging, proposing new therapeutic avenues. While the management of chronic pain patients is complex, we are interested in their satisfaction when professionals base their communication on a model designed to stimulate positive contextual effects. This exploratory qualitative and quantitative research aims to explore their experience of osteopathic care.

Method: 3 participants were recruited to carry out semi-structured interviews following an osteopathic intervention. They also completed the multimodal physiotherapy satisfaction questionnaire. A thematic analysis of the verbatims was carried out and the results cross-referenced with the quantitative data.

Results: Participants appreciated and saw a benefit in their care experience when communication was patient-centered. Satisfaction was very high when the therapist applied the proposed recommendations in both verbal and non-verbal communication.

Conclusion: Participants are satisfied with the biopsychosocial perspective of patient-centered communication. More research is needed to further measure which elements are relevant in verbal and non-verbal communication in the osteopathic context in order to maximize contextual effects and patient satisfaction.

Key words: osteopathy, communication, verbal communication, non-verbal communication, pain, contextual effect, placebo effect, nocebo effect

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES FIGURES.....	xiii
REMERCIEMENTS.....	xv
INTRODUCTION	1
RENCENSION DES ÉCRITS	3
CONTEXTE.....	5
Ostéopathie	5
Enjeux ostéopathiques.....	6
Enjeu n° 1 : faibles fondements théoriques des modèles explicatifs théoriques	6
Enjeu n° 2 : biomédicalisme inhérent à la profession	7
Enjeu n° 3 : monointerventionnisme des interventions ostéopathes.....	9
Enjeu n° 4 : praticien centré.....	11
MODÈLE DE ROSSETTINI	13
Placebo, nocebo & effets contextuels	15
Communication.....	16
Expérience douloureuse du patient	17
Recommandations sur la communication	21
Communication verbale.....	22
Communication non verbale	26
Pertinence la communication.....	28
SOMMAIRE.....	29
MÉTHODOLOGIE	31
Objectif de recherche	31
Hypothèse de recherche	31
Question de recherche	32
Devis méthodologique	32
Devis qualitatif : entretien semi-directif.....	33

Devis quantitatif : Questionnaire multidimensionnel de satisfaction des patients en physiothérapie	34
Déroulement des séances d'ostéopathie.....	35
Population à l'étude	37
Critère d'admissibilité.....	37
Recrutement.....	37
Méthode de collecte de données	38
RÉSULTATS	39
Caractéristiques des participants	39
Présentation des résultats	39
Temps.....	40
Communication	43
Croyances des participants.....	45
Effets de la communication sur les croyances.....	47
Communication verbale	49
Communication non verbale	53
Ces réponses du questionnaire démontrent l'appréciation des participants pour le confort et l'ambiance de la salle de soin.....	55
Relation thérapeutique	55
Ostéopathie.....	59
Données quantitatives supplémentaires	60
Synthèse des résultats	61
DISCUSSION	65
Temps.....	65
Satisfaction.....	66
Données quantitatives	66
Données qualitatives	66
Croyances.....	69
Technique ostéopathique	71
Enjeux ostéopathiques	72
FORCE, LIMITE ET IMPLICATIONS.....	75
Points forts	75

Limites.....	75
Implications pour la recherche future et la pratique	76
CONCLUSION	79
LISTE DES RÉFÉRENCES	xvii
ANNEXE A. Formulaire de consentement	xxv
ANNEXE B. Guide d’entretien.....	xxix
ANNEXE C. Questionnaire « <i>Scale to measure patient satisfaction with physical therapy</i> »	xxxi
ANNEXE D. Appel à candidatures, tel que publié sur les réseaux sociaux	xxxiii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les cinq déterminants qui modulent les effets contextuels aux soins dans un contexte de physiothérapie	15
Tableau 2. Concepts clés.....	23
Tableau 3. Mots à éviter et alternatives	24
Tableau 4. Données sociodémographiques des trois participants sélectionnés.....	39
Tableau 5. Croyances rapportées par les participants.....	47
Tableau 6. Regroupement des réponses des 3 participants au questionnaire.....	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle biopsychosocial selon (Engel, 1980).....	8
Figure 2. Modèle compréhensif de la douleur pour la thérapie manuelle, d'après Bialosky et coll. (2018).....	10
Figure 3. Les cinq déterminants qui modulent les effets contextuels aux soins dans un contexte de physiothérapie, selon Rossettini et coll. (2020)	14
Figure 4. Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur, d'après Vlaeyen et Linton (2000)	21
Figure 5. Arbre conceptuel hypothétique	32
Figure 6. Démonstration de TOG, selon Hématy (2001).....	36
Figure 7. Thèmes émergents	40
Figure 8. Réponses aux questions 5 et 6 : explications.....	49
Figure 9. Réponses aux questions 11 et 12 : confort et ambiance.....	54
Figure 10. Réponses aux questions 4, 7 et 8 : réassurance, sécurité et personnalisation.....	57
Figure 11. Réponses aux questions 9 et 10 : accessibilité et indications.	58
Figure 12. Réponses aux questions 1 et 3 : pré-rendez-vous.	61
Figure 13. Réponses aux questions 13 et 14 : satisfaction et recommandation.	62

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous les membres de l'équipe Enosi que j'ai côtoyés. Merci pour votre disponibilité, votre temps et vos enseignements.

Un grand merci à Benoit Hogedez, Yves Schwendenmann et Anaïs Beaupré pour m'avoir transmis votre intérêt pour la science, la rigueur et la méthode scientifique.

Merci à Jérémie Croc, qui a été mon enseignant pour la majorité des cours pratiques du cursus, de nous avoir transmis tes connaissances de l'ostéopathie.

Merci à ma conjointe Cindy Tremblay pour le support durant ce parcours.

INTRODUCTION

L'ostéopathie et ses principes fondateurs sont de plus en plus remis en question (Thomson et Macmillan, 2023). L'ostéopathie étant principalement une médecine manuelle, alors que les principes de la manualité sont remis en question (Bialosky et coll., 2019) au profit de modèle explicatif différent, il est important de considérer les effets contextuels dans notre pratique. L'ostéopathie tente de progresser de son modèle structuraliste et tente de plus en plus d'intégrer des composantes psycho-sociales (Esteves et coll., 2020). Ces composantes sont déterminantes dans la prise en charge de la douleur chronique (Vargas-Prada et Coggon, 2015).

Les effets contextuels en clinique sont décrits comme tout ce qui apporte un résultat, mais qui n'est pas le soin directement (Rossettini et coll., 2020). Rossettini a déterminé cinq grandes catégories pouvant influencer les soins dans un contexte de physiothérapie. Parmi ceux-ci se retrouve la communication. La communication verbale et non verbale influence l'expérience de soin et le résultat thérapeutique (Pinto et coll., 2012). Également, la communication peut affecter négativement le patient douloureux chronique (Stewart et Loftus, 2018). En ce sens, il nous semble pertinent de s'intéresser à l'expérience du patient et d'explorer sa satisfaction dans la prise en charge ostéopathique basée sur ses recommandations.

Cette recherche de type qualitative et quantitative propose l'analyse du vécu et de la satisfaction du patient dans un contexte de soin ostéopathique qui tient compte des bonnes pratiques en communication telles que décrites par Rossetinni et coll. (2020). Cette analyse se veut une porte d'entrée pour la réflexion dans la communauté ostéopathique quant à l'impact des effets contextuels sur la pratique ainsi que les effets perçus par la patientèle. Afin de contextualiser cette recherche, nous allons d'abord recenser les différents enjeux soulevés dans la sphère ostéopathique puis développés sur la communication et le cadre théorique de Rossetinni.

RENCENSION DES ÉCRITS

L'état des connaissances actuel a été réalisé à partir de la base de données *Medline with Full Text* (Ebsco) ainsi que l'*International Journal of osteopathic Medicine* (JIOM). Ces bases de données ont permis de bonifier les informations manquantes ou approfondir certains thèmes en lien avec notre cadre théorique (Rossetinni et coll., 2020). La recherche s'est effectuée principalement dans la langue anglaise. Les concepts utilisés pour la recherche sont les suivants :

- *osteopathy or osteopathic manual therapy or omt or manual therapy or osteopathic medicine or osteopathic treatment*
- *manual therapy or physical therapy or stretching or massage or soft tissue massage or mobilization or manipulation or therapy*
- *pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain or analgesia*
- *contextual factors*
- *communication or communication skills or nonverbal communication or verbal communication*
- *satisfaction or experience or perception or view or attitude*
- *placebo or placebo effect or nocebo or placebos.*

Nous avons ciblé ces mots clés puisqu'ils regroupent les mêmes mots clés que notre cadre théorique. En ce sens, nous en avons ajouté en lien avec la sphère ostéopathique. Nous avons utilisé des mots clés assez larges puisque nous ne faisons pas une recension ou revue formelle de la littérature. La recherche combinant les mots clés Rossetinni et Osteopathy obtient 18 résultats. Nous avons priorisé les articles de 2013 à 2024. Cependant, à des fins historiques, nous avons admis des articles plus anciens. Également, puisqu'il y a un manque de littérature dans le domaine ostéopathique ainsi que de la communication nous avons utilisé des articles publiés antérieurement à 2013.

CONTEXTE

Ostéopathie

Au Québec, l'ostéopathie est une thérapie manuelle implantée ou 1 québécois sur 4 âgé de 18 ans et plus a déjà reçu des services d'un ostéopathe (Office des professions, 2022). L'ostéopathie a été fondée à la fin des années 1800 par Andrew T. Still. Ce dernier a développé les grands principes fondateurs de l'ostéopathie. Ces principes sont décrits dans plusieurs écrits. Il y en a généralement quatre qui sont présents dans l'ensemble des écrits (Still, 1902, p. 16).

1. L'individu est indissociable ;
2. La structure gouverne la fonction ;
3. La loi de l'artère ;
4. Le corps a la capacité de s'autoréguler.

Le premier principe veut que toutes les structures d'un individu soient interreliées et influencées par son environnement et son état d'esprit. Ce principe inscrit la vision holistique de la profession. Tout peut être interrelié dans le corps humain. Le deuxième principe veut qu'une déformation posturale ou organique aille influencer la fonction de celui-ci. En ce sens, la fonctionnalité d'un organe est influencée par la qualité des structures qui le compose. Ce principe pose l'idée de manipuler ou mobiliser les structures pour améliorer la fonction hormonale, viscérale et nerveuse. Le troisième principe veut que la circulation des liquides et des influx nerveux soit primordiale pour équilibrer et coordonner les fonctions de l'organisme. L'ostéopathe doit donc lever les blocages afin de faciliter cette circulation. Le quatrième principe est la capacité du corps à s'autoréguler. Ce principe est issu d'une vision vitalisme qui sous-tend l'idée qu'une force vitale habite le corps et peut le réparer. En somme, pour le docteur Still, la thérapie manuelle permet notamment d'influencer la physiologie du corps. Ce dernier accordait une importance élevée à un apprentissage élevé de l'anatomie afin de pouvoir effectuer des corrections manuelles précises sur des organes, des muscles, des articulations, mais aussi des structures minuscules du corps telles que des artères ou des nerfs. En effet, le médecin Andrew Still a fondé l'ostéopathie dans une réponse directe à ce qu'il percevait comme les

limites de la médecine allopathique (Baer, 2006). D'ailleurs, ce dernier pratiquait plusieurs thérapies pseudoscientifiques telles que la phrénologie et le magnétisme (Trowbridge, 1991).

Enjeux ostéopathiques

L'absence d'une définition précise de l'ostéopathie et de ses principes entraîne un débat constant sur la nature de cette discipline et sur la manière dont elle est appliquée en pratique clinique (Stark, 2013). Cette différence d'application clinique est présente au Québec (Morin et Aubin, 2014). En effet, selon ces auteurs, bien que la majorité des interventions sont dans la sphère musculo-squelettique, le champ de pratique est beaucoup plus large et mal défini. Cette ambiguïté présente également des défis dans l'enseignement de l'ostéopathie aux étudiants et dans la relation avec les patients. Les recommandations attribuées au fondateur de la profession, A.T. Still, sont souvent ambiguës, contradictoires et confuses (Evans, 2013). Certains écrits stipulent qu'autant que le fondateur disait miser sur l'anatomie et les faits, il valorisait l'intuition et la clairvoyance dans ses enseignements (Lewis, 2012, p.270). Ces principes sont toujours, en partie, présents dans l'éducation ostéopathique, quoique controversée dans la communauté (Kasiri-Martino et Bright, 2016). Ces principes, n'étant pas appuyés sur un modèle théorique de faisabilité, suscitent beaucoup de questions quant à la scientificité de la profession (Thomson et Martini, 2024). Thomson et MacMillan (2023) ont synthétisé ce qu'ils conçoivent comme les enjeux (4) dans la pratique ostéopathique.

Enjeu n° 1 : faibles fondements théoriques des modèles explicatifs théoriques

En effet, les principes philosophiques originaux de l'ostéopathie sont différents de la conception moderne du phénomène de la douleur. D'ailleurs, l'IASP a mis à jour la définition de la douleur afin de concorder davantage avec les nouveaux modèles théoriques et les avancées en neuroscience de la douleur. Cette dernière se décrit comme suit : « Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes par le patient » (Raja et coll., 2020).

En fait, cette définition fait le contraste avec la nociception. « La nociception désigne le système neurophysiologique qui permet la détection des stimulations intenses susceptibles de menacer l'intégrité de l'organisme » (Sherrington, 1906). Dès 1990, Melzack insistait déjà sur

le rôle du cerveau dans la complexité de la douleur. C'est, entre autres, l'étude de l'expérience douloureuse dans le cas de membre fantôme qui l'a amené à reconceptualiser la douleur. Ce dernier plaçait en contraste la nociception avec l'expérience douloureuse, la souffrance et les comportements de douleurs. Il établit quatre composantes de la douleur : la nociception (stimulus douloureux), la composante sensori-discriminative (évaluation cognitive), la composante motivo-affective (réponse de la douleur) et la composante cognitivo-comportementale (modulation). Déjà à cette époque, il était défini que la douleur était influencée par nos pensées et nos émotions.

Ces concepts tels que décrits ont été légèrement actualisés avec les données récentes et sont répertoriés dans plusieurs ouvrages (Marchand, 2012). En ce sens, les auteurs posent la critique d'un clivage entre les avancées dans le domaine des sciences de la douleur et les principes fondateurs de l'ostéopathie qui ne tiennent pas compte des avancées en neurosciences de la douleur. Également, d'autres modèles théoriques ostéopathiques tels que la dysfonction ostéopathique ou somatique sont critiqués et jugés trop simplistes versus la complexité de ce qu'est la douleur (Consorti et coll., 2023).

Enjeu n° 2 : biomédicalisme inhérent à la profession

Les auteurs soulèvent l'idée que la profession est inscrite dans une vision biomédicale de la douleur et que les praticiens pratiquent selon le modèle biomédical. Selon Engel (1977), le modèle biomédical est un cadre conceptuel largement utilisé en médecine pour comprendre la maladie et guider les pratiques médicales. Ce modèle met l'accent sur les aspects biologiques et physiologiques des maladies. Au cœur du modèle biomédical se trouve la vision de la maladie comme étant le résultat d'anomalies ou de dysfonctionnements dans le corps humain, tel que des infections, des lésions, des déséquilibres chimiques, des mutations génétiques, etc. Cette perspective considère la maladie comme un phénomène isolé et indépendant des autres aspects de la vie d'une personne, tels que son environnement social, ses émotions ou ses croyances. Selon ce modèle, la santé est définie comme l'absence de maladie ou de pathologie, tandis que la maladie est considérée comme une perturbation de l'état normal de fonctionnement du corps. En ce sens, l'ostéopathie du passé et actuelle s'incruste dans cette vision. À l'inverse, plusieurs auteurs proposent plutôt l'utilisation du modèle biopsychosocial, initialement proposé par Engel

(1980), afin de considérer le patient dans son ensemble. Ce modèle est une approche thérapeutique et pratique qui veut prendre en compte des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques des pathologies.

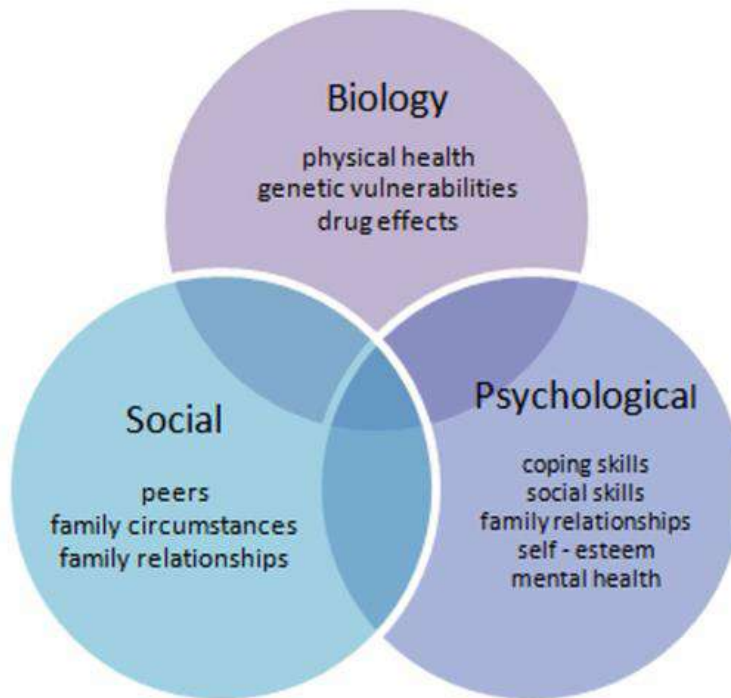


Figure 1. Modèle biopsychosocial selon (Engel, 1980)

Le modèle biopsychosocial (BPS) est une approche théorique en médecine qui reconnaît l'interaction complexe entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la santé et de la maladie (figure 1). Contrairement au modèle biomédical traditionnel qui se concentre exclusivement sur les aspects biologiques de la maladie, le modèle BPS considère la santé comme le résultat de multiples facteurs interagissant à différents niveaux. Sur le plan biologique, le modèle BPS prend en compte les facteurs génétiques, physiologiques et neurologiques qui peuvent contribuer au développement et à la progression des maladies. Sur le plan psychologique, le modèle BPS considère l'impact des facteurs mentaux et émotionnels sur la santé. Cela inclut les variables psychologiques telles que le stress, l'anxiété, la dépression, les croyances, les attitudes et les comportements, qui peuvent influencer la perception de la santé, la réponse aux symptômes et la capacité à faire face aux défis de la maladie. Sur le plan social, le modèle BPS reconnaît l'importance des facteurs environnementaux, sociaux et culturels dans

la détermination de la santé et de la maladie. Cela inclut des éléments tels que le statut socio-économique, l'accès aux soins de santé, le soutien social, les normes culturelles, les politiques de santé publique et les conditions de vie, qui peuvent avoir un impact significatif sur la santé des individus et des populations. En ce sens, le modèle encourage une approche centrée sur la personne, qui reconnaît les besoins, les valeurs et les préférences individuels des patients. Dans le cadre du modèle BPS, la prise de décision médicale devient un processus collaboratif entre les professionnels de la santé et les patients, dans lequel les patients sont encouragés à jouer un rôle actif dans la gestion de leur santé. La prise en charge via ce type de modèle complète le premier enjeu décrit en utilisant un nouveau modèle théorique et une conceptualisation différente du phénomène de la douleur.

Enjeu n° 3 : monointerventionnisme des interventions ostéopathes

Ensuite, les auteurs critiquent la prédominance de la manualité chez les ostéopathes. Les ostéopathes peuvent effectuer des manipulations dans toutes les sphères du corps : viscéral, crâniennes, gynécologiques ainsi que musculo-squelettiques. Par contre, ce concept de probabbilisme anatomique est contesté dans la littérature scientifique (Hidalgo et coll., 2024). En effet, les auteurs remettent en question le principe de réflexion anatomopathologique de l'ostéopathie. Pour ces derniers, établir des liens anatomiques entre différentes structures afin de supposer que deux structures éloignées peuvent se relier est un raisonnement fallacieux et un problème dans la communauté ostéopathique. Ce concept semble donner une base scientifique à la profession en valorisant une maîtrise élevée de la science anatomique alors que l'importance de l'anatomie est remise en question. En effet, les ostéopathes tentent de repérer et de corriger des dysfonctions somatiques (Liem, 2016). Cependant, les données récentes contestent le fonctionnement de la thérapie manuelle par rapport aux effets supposés qu'on lui accorde (Bialosky et coll., 2018). Ces effets sont attribuables plutôt à des effets non spécifiques neurophysiologiques que des effets mécanistiques. En effet, ces auteurs stipulent que d'appliquer un stimulus mécanique sur le corps aura un effet direct sur les mécanismes d'inhibition de la douleur. La figure 2 ci-dessous démontre ce qui se produit dans un contexte de thérapie manuelle. La vision biomédicale voudrait que la zone 2 (figure 2) n'existe pas. Le thérapeute (zone 1) applique le traitement manuel et l'évolution se fait d'une modulation de la douleur à la zone 3.

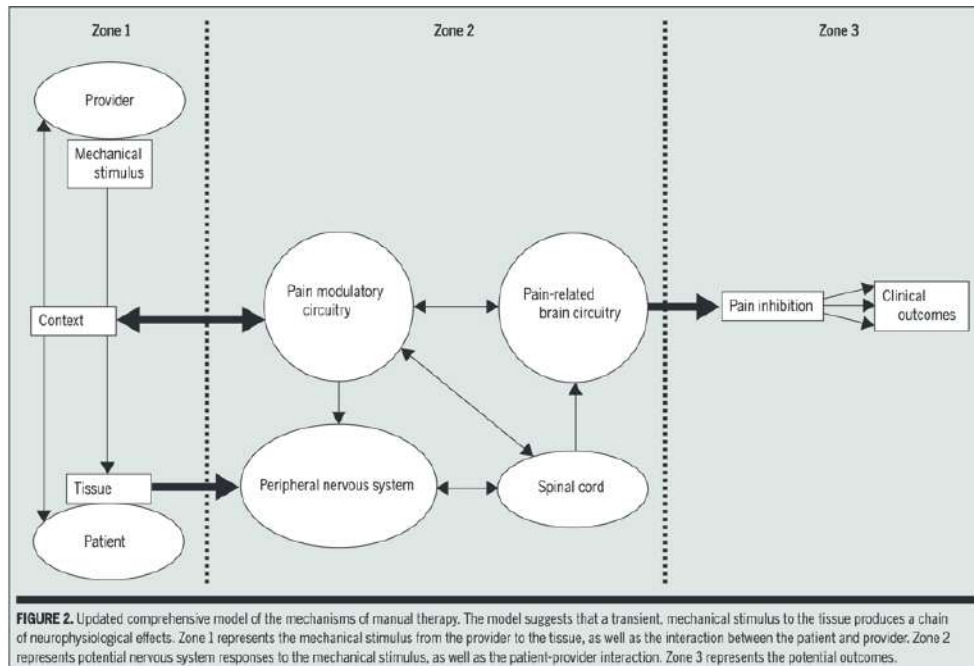


Figure 2. Modèle compréhensif de la douleur pour la thérapie manuelle, d'après Bialosky et coll. (2018)

Toujours selon Bialosky et coll. (2018), la nécessité d'un nouveau modèle pour la thérapie manuelle est pertinente puisque la dysfonction somatique est non reproductible ainsi qu'elle est peu corrélée aux résultats cliniques. De plus, elle est peu corrélée avec des mesures quantifiables et l'imagerie médicale. Alors, la justification de la thérapie manuelle basée sur le concept de corriger un segment précis du corps devient ambiguë quant à la plausibilité scientifique. En contre-parité, la thérapie manuelle prodigue des effets neurophysiologiques, présentés à la zone 2 (figure 2). En effet, plusieurs effets sur la douleur existent tels que le contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN) et la théorie du portillon (Le Bars et coll., 1979). Les patients douloureux chroniques présentent également une hausse de l'excitabilité de la corne dorsale via des stimuli nociceptifs répétés, ce phénomène les prédispose à développer de la douleur et à chroniciser leur condition. Il a été démontré que ce phénomène peut-être influencé de façon à moduler la douleur via les manipulations articulaires (Bialosky et coll., 2014). Troisièmement, la thérapie manuelle a un effet sur les centres supérieurs. Cet effet est en lien avec l'effet placebo, la rétroaction biologique ainsi que les états de conscience modifiée. Pour la réponse placebo, deux composantes sont importantes ; les attentes de soulagement, qui peuvent être induites par le thérapeute ou par le patient, et le conditionnement (exposition

préalable). En effet, la manipulation articulaire peut être associée à une réponse analgésique modulant les centres supérieurs (Sparks et coll., 2013). Ainsi, le professionnel ne doit pas uniquement baser ses traitements sur ce volet, les guides récents de bonnes pratiques quant à la prise en charge des douleurs chroniques proposent des interventions plus larges et multimodales (Cohen et coll., 2021). Cependant, des études préliminaires supportent que le traitement manuel ostéopathique puisse avoir une action sur le système intéroceptif du patient douloureux (Bohlen et coll., 2021). Ces avancées récentes supportent la manualité dans un contexte de soin, par contre, le modèle explicatif et de raisonnement est différent (Esteves et coll., 2022).

Enjeu n° 4 : praticien centré

Les auteurs revendiquent que, malgré le fait que l'ostéopathie proclame être centrée sur le patient et que cette approche est une caractéristique qui définirait la prise en charge ostéopathique, en pratique, ce n'est pas ce qui se passe. En effet, puisque l'ostéopathie est principalement manuelle et repose sur un savoir du thérapeute qui effectue des interventions au corps de son patient, cela le place difficilement dans une position centrée sur le patient (Thomson et coll., 2013). En ce sens, beaucoup de thérapeutes dans plusieurs disciplines ont une approche centrée sur le thérapeute, c'est-à-dire qu'ils dirigent l'entretien, le choix des modalités thérapeutiques, les modalités de suivi, etc. (Hiller et Delany, 2018). Cependant, opter pour une communication centrée sur le patient maximise l'alliance thérapeutique (Pinto et coll., 2012).

MODÈLE DE ROSSETTINI

Lors de notre recension des écrits, nous nous sommes intéressés à ces enjeux et à la pratique ostéopathique. Dans le domaine de la physiothérapie, le chercheur Giacomo Rossettini est prolifique sur le sujet des effets contextuels, des effets placebo et nocebo ainsi que de la prise en charge thérapeutique. Ce dernier a émis un cadre théorique pour les professionnels de la physiothérapie afin de moduler ces effets à l'avantage des patients. Ce cadre théorique reprend la majorité des enjeux soulevés. En ce sens, nous croyons pertinent de l'utiliser dans notre projet. Nous nous intéressons spécifiquement à la sphère de la communication puisque c'est au centre des pratiques en thérapie manuelle et de l'impact que la communication a sur les patients (Hiller et Delany., 2018). Nous décrivons davantage ces impacts et ces effets dans les sections suivantes.

Rossettini et coll. (2020) ont défini cinq déterminants qui modulent les effets contextuels aux soins dans un contexte de physiothérapie (figure 3). Le premier est relié aux caractéristiques du professionnel. Ceci comprend son professionnalisme (expertise, ses qualifications, sa réputation et son éducation), son état d'esprit (croyances, attentes, expériences passées) et son apparence (habillement fiabilité). Le second est les caractéristiques du patient. Cela comprend son état d'esprit (attentes, expérience passée, historique de soin, préférence, désir, émotions) et son point de départ (niveau de symptômes, comorbidité, condition de santé, âge, genre). Le troisième déterminant est la relation thérapeutique patient-soignant. Cela comprend la communication verbale (message positif, ton de la voix, écoute active, suggestions, encouragements, support, réciprocité de langage, attention, empathie, cordialité) et la communication non verbale (contact visuel, expression faciale, sourire, posture, hochement de tête, position du corps vers l'avant et ouverte). Le quatrième déterminant est les caractéristiques du traitement. Cela comprend le touché thérapeutique (émotionnel, empathique, affectif), les modalités (niveau d'invasivité, application ouverte/ouverte, apprentissage observationnel/social) posologie (personnalisation, délivrés par le même thérapeute, propreté, durée adéquate du soin, ponctualité, flexibilité de l'horaire, rapidité et efficacité, fréquence adéquate, suivi post-soin) et le marketing (marque, prix, nouveauté, ritualité). Le cinquième sont les caractéristiques du milieu de soin. Cela comprends l'ambiance (lumière naturelle, faible bruit

ambiant, musique relaxante, odeurs agréables, température adéquate), soutien adéquat (visibilité de la clinique, information de stationnement, entrée accessible, direction claire écrite et verbale, accessibilité électronique), confort (fenêtre, lieu privé/fermé, accès adéquat, heures d'ouverture accessible, emplacement, stationnement, disponibilité et appréciabilité du personnel de soutien) et la décoration (œuvre naturel, végétation, fleurs, eau, plantes, jardin, couleur). En somme, ces déterminants posent un cadre théorique dans un contexte de soin en physiothérapie pour tout ce qui a trait aux effets contextuels ainsi que les réponses placebo et nocebo.

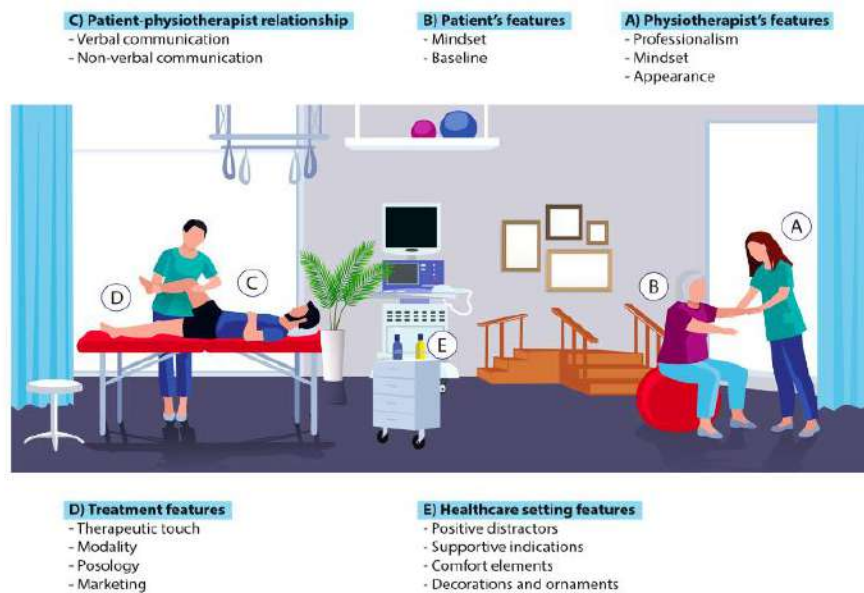


Figure 3. Les cinq déterminants qui modulent les effets contextuels aux soins dans un contexte de physiothérapie, selon Rossetini et coll. (2020)

Ces éléments sont essentiels à considérer selon Rossetinni afin de maximiser l'efficacité du traitement en influençant les résultats tant sur la douleur, l'incapacité, la satisfaction et l'expérience du patient.

En ce sens Rossetinni propose une liste d'application clinique à déployer en clinique (tableau 1).

Tableau 1. *Les cinq déterminants qui modulent les effets contextuels aux soins dans un contexte de physiothérapie, selon Rossettini et coll. (2020)*

Facteurs contextuels	Actions pour Améliorer (Effets Placebo)	Actions à éviter (Effets Nocebo)
(A) Caractéristiques du physiothérapeute	– Améliorer le professionnalisme du physiothérapeute ; – Être conscient de la mentalité du physiothérapeute ; – Promouvoir l'apparence du physiothérapeute	– Négliger le professionnalisme du physiothérapeute ; – Ignorer la mentalité du physiothérapeute ; – Ne pas tenir compte de l'apparence du physiothérapeute.
(B) Caractéristiques du patient	– Examiner la mentalité des patients ; – Analyser le profil de base des patients	– Négliger la mentalité des patients ; – Ignorer le profil de base des patients.
(C) Relation patiente-physiothérapeute	– Gérer la communication verbale ; – Optimiser la communication non verbale ;	– Négliger la communication verbale ; – Ignorer la communication non verbale.
(D) Caractéristiques du traitement	– Amplifier la ritualité des traitements ; – Être conscient du toucher thérapeutique ; – Considérer la modalité/posologie du traitement ; – Utiliser le marketing du traitement	– Limiter la ritualité des traitements – Être inconscient du toucher thérapeutique ; – Omettre la modalité/posologie du traitement ; – Négliger le marketing du traitement.
(E) Caractéristiques du cadre de santé	– Adopter des distracteurs positifs et des indications de soutien ; – Utiliser des éléments de confort, des décorations et des ornements	– Éviter les distractions positives et les indications de soutien ; – Omettre des éléments de confort, des décorations et des ornements.

Placebo, nocebo & effets contextuels

Les effets contextuels sont définis par le contexte dans lequel le soin est prodigué sans être l'intervention en tant que telle. Ces effets sont considérables dans les thérapies manuelles alors que le même groupe de chercheur a stipulé que ces effets peuvent osciller entre 40 et 88 % relatifs à l'intervention (Ezzatvar et coll., 2024).

Les effets placebo et nocebo sont des modifications des résultats cliniques dues aux attentes des patients ou à l'apprentissage subconscient, produits par le contexte du traitement plutôt que par l'élément généralement considéré comme « actif » d'une intervention. Ce

phénomène s'inscrit dans le même raisonnement que ce qui a été défini comme les effets contextuels au préalable. Alors que les effets placebo produisent des changements positifs, les nocebos sont négatifs. Ces réponses placebos sont développées suite à différents mécanismes de conditionnement classique, conditionnement opérant ainsi que de l'apprentissage par observation (Rossetini et coll., 2020). Pour la pratique de la thérapie manuelle, cela implique que lorsqu'un patient s'attend à un bénéfice d'un traitement, il améliore le résultat de celui-ci (Malfliet et coll., 2019). En effet, Nim et coll. (2021) ont suggéré que la non-spécificité de la manipulation vertébrale pourrait s'expliquer par le conditionnement et les attentes du patient. D'autres études corroborent également que la suggestion verbale peut moduler la réponse analgésique (Szikszay et coll., 2023). Ces formes de conditionnements peuvent être d'origine populaire, anecdotique de l'entourage ou formée par d'anciennes expériences de soin par exemple.

Communication

Nous nous intéressons particulièrement au concept de la communication qui est un des déterminants du cadre proposé par Rossetini. Nous avons choisi ce thème de son cadre puisque nous croyons que cela ne présente pas nécessairement de grande barrière, financière par exemple, à l'application. De surcroît, la communication est la forme la plus simple et directe pour moduler les attentes du patient et éliciter une réponse placebo ou nocebo (Rossetini et coll., 2020). En ce sens, il est pertinent de s'y attarder. Également, ce thème est important puisque la communication du professionnel a un effet long terme sur les croyances du patient (Darlow et coll., 2013). En effet, parmi toutes les sources d'informations que les patients peuvent consulter (internet, amis, familles, etc.), les professionnels de la santé sont ceux que les patients accordent le plus d'importance en général. Les discours actuels des professionnels résultent généralement en un comportement de protection qui a une incidence sur la vigilance, l'inquiétude et la culpabilité. Par exemple, les auteurs rapportent un témoignage fréquent ; lorsque le professionnel explique au patient que le traitement a pour but de réaligner son dos, le patient a assumé ensuite que son dos était désaligné à chaque épisode futur d'inconfort. Dans ce cas spécifique, un patient avait développé la crainte d'être paralysé. La plupart des participants développent des croyances à long terme quant à l'importance de maintenir une posture droite

ou de garder un gainage constant, bien que ça ne soit plus recommandé (Slatter et coll., 2019). En ce sens, la communication influence l'expérience et le vécu du patient.

Expérience douloureuse du patient

Afin de contextualiser davantage la problématique d'une communication défaillante ou inadaptation, nous avons recensé l'expérience et le vécu du patient douloureux chroniques. Cette section a pour but d'illustrer l'impact à long terme de la communication chez le patient douloureux chronique.

Osborn et Rodham (2010) ont regroupé les thèmes principaux vécus par les patients. Le premier est la confusion et l'inquiétude. En effet, malgré que certains patients éprouvent la douleur pendant des années, ils ne la comprennent pas vraiment et se demandent ce qu'elle signifie ou encore pourquoi est-elle présente. Ils présentent également de l'inquiétude vers le futur en craignant constamment une éventuelle amplification de leur douleur. Les participants rapportent :

1. C'est là tout le temps... je veux juste savoir ce... ce qu'est la douleur.
2. Tu sais, faire face à la douleur c'est une chose, mais faire face à l'aspect psychologique est vraiment difficile.
3. Ça ne peut sûrement qu'empirer....

Deuxièmement, la douleur module leur conception du soi et de leur identité. Cela les conduit à vivre une gamme d'émotions variées telles que la honte ou le sentiment d'être prisonnier de leur corps. Ils ont de la difficulté à maintenir un sentiment de fierté et de dignité puisque la douleur limite leur activité et loisir. Les participants décrivent un clivage entre leur ancienne et nouvelle personnalité. Leurs récits témoignent d'un vécu oscillant en plusieurs états mentaux :

« Ce n'est pas qui je suis, c'est juste qui je suis, si tu vois ce que je veux dire. Ce n'est pas vraiment moi, je suis comme ça et je sais, tu es méchant maintenant, mais je ne peux pas m'en empêcher. C'est la douleur, c'est moi, mais ce n'est pas moi, moi qui le fais, mais pas moi. »

Cela représente une perte fondamentale du soi pour les participants.

Troisièmement, ils vivent généralement une forme de distanciation sociale puisqu'ils ont de la difficulté à relater avec leur entourage. Ils ont peur de ne pas être crus ou d'être jugés, en conséquence, ils vont garder leur expérience douloureuse privée et cela les conduit vers une forme d'isolement. La difficulté provient également du phénomène invisible de la douleur à l'instar d'une pathologie qui est physiquement visible. Les participants décrivent ce phénomène :

1. Certains doivent penser que je me plains, et j'essaie et quand ils demandent « comment vas-tu », je dis « bien ».
2. J'y pense tout le temps — que pensent les autres de moi — c'est la lutte mentale qui est la plus difficile.
3. Si j'avais une jambe cassée ou quelque chose du genre, alors il pourrait le voir et le comprendre, mais parce que c'est interne. Je veux dire, je lui dis « Oh, j'ai beaucoup de douleur » ou « J'ai passé une mauvaise journée » et rien n'est dit.

Également, la communication de la douleur dans le rôle social et familial est un enjeu. Les participants rapportent que les rôles sont souvent restructurés ou compromis d'une manière ou d'autres. Pour ceux-ci, sentir de maintenir une vie normale est important, cependant, cela peut être problématique lorsque ce maintien est fait du détriment des adaptations nécessaires en contexte de douleur.

Dernièrement, l'expérience du patient douloureux est difficile. La prise en charge médicale et paramédicale n'est pas adaptée et repose sur une vision biomédicale qui ne fait pas sentir les patients compris et reconnus. Voici le témoignage d'un patient décrivant ce phénomène (Holloway, 2007) :

« Quand vous souffrez depuis longtemps, vous ne voyez pas vraiment le consultant. Vous attendez pendant des heures et des heures et des heures, et vous ressortez en vous sentant totalement déconcerté en réalité. Il [le médecin] ne semble pas vraiment comprendre votre problème, et vous avez l'envie d'éclater en larmes, vous avez gaspillé

tellement de temps et d'énergie... Vous n'avez pas l'impression d'être traité comme une personne du tout. »

En contrepartie, les participants ont été questionnés sur ce qu'ils perçoivent comme une rencontre de soin réussie. Les participants ont décrit ressentir un sentiment de sécurité, d'appartenance et d'acceptation (Steihaug et coll., 2001) ainsi que de l'empathie et de l'engagement du professionnel (Warwick et coll., 2004). Il en résulte ensuite ce type de témoignage.

« C'était la première fois que quelqu'un disait "ce n'était pas de ta faute"... J'ai su alors que ce n'était pas dans ma tête... »

En contrepartie, chez ce même patient, la douleur n'est pas forcément corrélée à l'état des tissus (Moseley 2007). Lorsque nous parlons de tissu, c'est en référence à n'importe quelle structure anatomique. En effet, Moseley a conceptualisé quatre points majeurs à retenir pour le patient douloureux :

1. La douleur n'est pas une mesure de l'état tissulaire.
2. La douleur est modulée par plusieurs facteurs (somatiques, psychologique, social).
3. La relation douleur-tissu est de moins en moins indicative lors de la phase chronique.
4. La douleur est conceptualisée comme une perception que le tissu est en danger.

Ces différents constats contrastent avec l'analyse qualitative présentée plutôt. En effet, lorsque le patient mentionne être en quelque sorte à la recherche de la signification de sa douleur et du pourquoi, il est dans une réflexion quant à ses tissus. Cependant, ses tissus ne sont pas potentiellement pas lésés pour la majorité des gens. Il est important pour le patient de comprendre sa douleur et son corps, c'est d'ailleurs pourquoi les thérapies d'éducation à la douleur démontrent de l'efficacité (Louw et coll., 2016). En ce sens, le modèle biopsychosocial propose de s'intéresser à l'individu, ses croyances et son entourage afin de l'aider à comprendre sa douleur.

Par contre, bien que ces principes soient établis, les patients douloureux n'ont pas cette perception de leur corps. Les études sont assez unanimes sur le sujet (Bunzli et coll., 2017). Le patient douloureux a peur de bouger de son corps, voici des exemples rapportés :

1. Il y a quelque chose à propos du dos. C'est cette peur de ne pas vouloir faire quelque chose à ma colonne vertébrale parce que si je la blesse, je ne pourrai pas marcher, je ne pourrai pas me mobiliser, et si je deviens invalide et que je ne peux rien faire ?
2. Les physiothérapeutes m'ont dit de ne pas m'asseoir et de ne pas me pencher en avant, et j'ai pris cela très littéralement, car je désespérais de ne pas aggraver mon dos. J'ai maintenu cela pendant quelques années.
3. Chaque fois que je me penche, c'est une douleur intense, aiguë, presque comme si j'étais paralysé pendant le moment où cela se produit. Donc, je l'évite.
4. Parce que tu as peur de bouger, c'est comme du bon sens.

Cette peur sous-tend une perception de fragilité et de limitation de la colonne vertébrale principalement dans les mouvements de flexion du tronc (se pencher vers l'avant). Ceci est décrit par différentes explications biomécaniques du corps des patients, voici une démonstration de ce concept :

1. Quand la douleur empire, ils disent « votre déséquilibre musculaire est à nouveau présent.
2. C'est causé par la dégénérescence, donc ma colonne vertébrale se détériore.
3. J'ai des dommages à deux disques.
4. La douleur est une tension dans mon corps et donc mon dos ne bouge pas correctement.

Ces croyances contribuent au sentiment de peur, crainte, catastrophisation et de kinésiophobie qu'ils peuvent éprouver (Martinez-Calderon et coll., 2018).

Ces témoignages et l'impact à long terme sont d'ailleurs décrits dans le modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur (Vlayen et coll., 2000). Ces auteurs décrivent la cascade psychologique qui accompagne l'expérience douloureuse (figure 4).

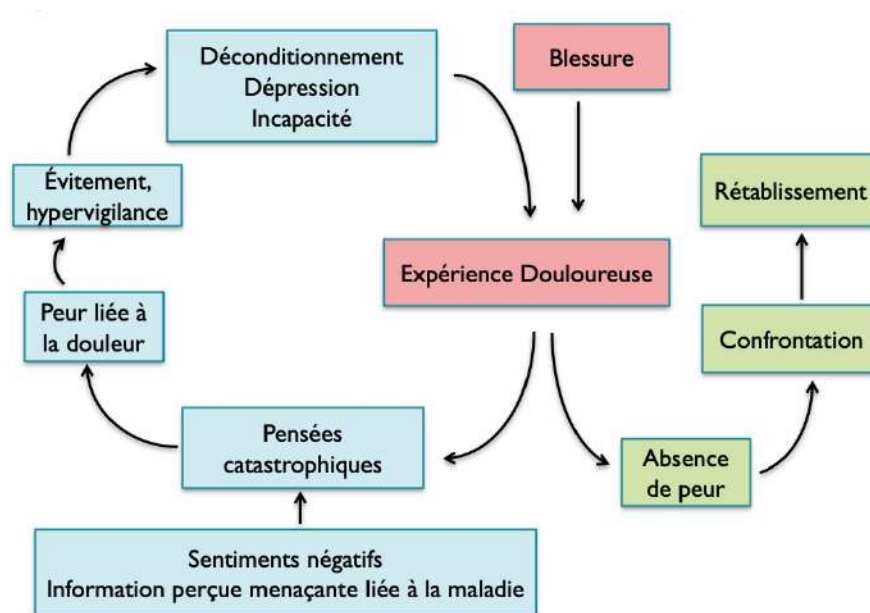


Figure 4. Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur, d'après Vlaeyen et Linton (2000)

Ce modèle stipule que le professionnel doit amener le patient vers une absence de peur afin de pouvoir démarrer une exposition graduelle des structures de son corps afin de se diriger vers un rétablissement. Ce modèle, en plus des témoignages de patient, démontre bien l'expérience douloureuse des patients et la nécessité d'une prise en charge globale afin de les outiller adéquatement.

Recommandations sur la communication

Nous avons exploré la littérature scientifique sur les recommandations quant à la communication dans le contexte de soin afin de corroborer le cadre de Rossettini ainsi que de l'enrichir. Rappelons que Rossettini nous suggère de soigner la communication verbale ainsi que de porter attention à notre communication non verbale. Dans la communication verbale, voici les concepts clés qu'ils énumèrent comme étant la bonne pratique : message positif, ton de la voix, écoute active, suggestions, encouragements, support, réciprocité de langage, attention, empathie, cordialité. En ce sens, ces recommandations incluent donc un volet sur ce qui est dit de façon littéraire. Il est question de formuler un message positif, d'utiliser des suggestions, des mots encourageants et de mettre en place la réciprocité de langage. Le professionnel doit donc se montrer rassurant, positif et centré sur son patient en plus de s'adapter

à la communication de ce dernier. Ensuite, un second groupe de recommandation est dirigé sur la façon dont le thérapeute communique. Cela comprend : le ton de la voix, l'écoute active, le support, l'attention, l'empathie et la cordialité. Ces éléments regroupent également le paraverbal lorsqu'il est question du ton de la voix. De plus, les éléments importants de la communication non verbale à soigner selon la cadre de Rossetinni sont : le contact visuel, les expressions faciales, le sourire, la posture, hochement de tête, position du corps vers l'avant et ouvert. Tous ces éléments ensemble permettent de maximiser les effets contextuels.

Communication verbale

Belton et coll. (2022) ont émis une revue détaillée, dans un contexte de soin musculo-squelettique, qui permet de cadrer les recommandations de Rossettini et de structurer l'entretien. Ils proposent notamment de s'assurer en début de rencontre de :

- Laisser les patients raconter leur histoire,
- Explorer l'impact de la douleur sur leur vie,
- Explorer les émotions et les croyances.

Cette première phase place le patient au centre de la relation. Actuellement, dans un contexte de physiothérapie, la communication est centrée sur le praticien, c'est lui qui parle la majorité du temps (Roberts et coll., 2013). En effet, le thérapeute parle environ 50 % du temps de la rencontre alors que le patient ne parle que 33 % du temps. Il passerait également autour de 1 % du temps de la rencontre à discuter des émotions. De plus, les thérapeutes plus expérimentés avaient plus tendance à parler en même temps que le patient et à l'interrompre. Ensuite, ils expliquent de placer l'emphase sur la réassurance du patient, afin de diminuer l'anxiété et les inquiétudes du patient. Cette réassurance peut être démontrée dans le discours verbal et non verbal principalement via le ton de la voix. Il recommande un ton bas et chaleureux. Cependant, il est important d'éviter la réassurance générique telle que « ne vous inquiétez pas, vous allez vous en sortir » ou « j'ai déjà vu ce type de condition, vous n'avez aucune raison de vous inquiéter ». Cette réassurance générique et non spécifique peut entraîner des résultats négatifs chez le patient entre autres par un ton perçu comme paternaliste et autoritaire pour le patient (Braeuninger-Weimer et coll., 2021). Les auteurs mettent ensuite l'emphase sur l'importance de valider le patient dans son histoire, ses émotions et ses réactions. (Edmond et coll., 2015). La

validation permet de démontrer l’écoute et la compréhension de la situation. En terminant, les auteurs rappellent de conserver une prise de décision partagée entre le professionnel et le patient en lui expliquant les différentes avenues thérapeutiques en lien avec l’atteinte de ses objectifs précis.

Tableau 2. *Concepts clés tirés de Belton et coll. (2022)*

Critère	Concepts clés
Collecte d’information efficace	– espace-temps au patient – impact sur sa vie – émotions et croyances
Relation thérapeutique	– écoute – empathie – attention – reformulation
Validation	
Réassurance	– Ton de la voix – éviter une formulation générique

En somme, ces recommandations sont de pair avec celles de Rossettini, rappelons que Rossettini supporte d’employer un message positif, un concept qui est similaire à la réassurance, de moduler le ton de la voix, de miser sur l’écoute active et l’empathie.

Cependant, cette revue ne touche pas en profondeur d’autres points soulevés par Rossettini tels que la réciprocité de langage. Il est démontré que d’employer un type de langage similaire à celui de patient améliore l’alliance thérapeutique (Williams et Ogden, 2004). Cela signifie de s’adapter d’un langage plus formel à un langage plus décontracté selon le patient. Le professionnel devrait être à l’écoute du style de communication du patient dès les premières phrases et ajuster son style personnel pour se placer en concordance avec celui du patient. L’adaptation du style de mot influence la relation thérapeutique. Cette adaptation du langage va même jusqu’à l’utilisation de sacres ou d’injures pouvant influencer positivement l’alliance thérapeutique (Washmut et Stephens, 2022). En effet, Washmuth et coll. (2024) stipulent que l’utilisation du sacre permet d’être centré sur le patient et permet de mettre l’accent sur ce qui est pertinent pour le patient. Un usage judicieux du sacre permet de démontrer de l’intérêt et de

l'empathie de la part du professionnel. L'idée des auteurs est d'évaluer les valeurs et les préférences du patient dans l'objectif de l'autonomiser. De plus, le praticien et le patient n'ont pas forcément la même compréhension d'un terme comme la dépression ou la santé (Ogden et coll., 2003). En ce sens, il est important de poser des questions et de prendre le temps de bien définir les termes clés de l'échange. Il est primordial d'expliquer le tout en adaptant l'explication au niveau de connaissance et de compréhension du patient. Il doit comprendre son diagnostic. C'est d'ailleurs une recommandation de Wittink et Oosterhaven (2018) qui se sont intéressés au degré de littéracie des patients dans le contexte de physiothérapie. Ces derniers décrivent que les patients ne comprennent pas la terminologie médicale. Ainsi, le professionnel doit expliquer simplement en évitant le jargon médical. De plus, ce dernier doit s'assurer de la compréhension du patient en lui proposant de lui enseigner en retour les explications reçues. De façon plus spécifique, Loftus et Stewart (2018) ont exploré quels mots ou concepts spécifiques étaient susceptibles de nuire ou de stimuler la guérison. En ce sens, ils ont recueilli dans le tableau ci-dessous des mots à éviter ainsi que des alternatives. Nous avons conservé le tableau original en anglais afin d'éviter une perte de sens dans les traductions.

Tableau 3. Mots à éviter et alternatives, tirés de Wittink et Oosterhaven (2018)

TABLE	TYPICAL WORDS TO AVOID AND ALTERNATIVES FOR PATIENTS
Words to Avoid	Alternatives
Chronic degenerative changes	Normal age changes
Negative test results	Everything appears normal
Instability	Needs more strength and control
Wear and tear	Normal age changes
Neurological	Nervous system
Don't worry	Everything will be okay
Bone on bone	Narrowing/tightness
Tear	Pull
Damage	Reparable harm
Paresthesia	Altered sensations
Trapped nerve	Tight, but can be stretched
Lordosis	The normal curve in your back
Kyphosis	The normal curve in your back
Bulge/herniation	Bump/swelling
Disease	Condition
Effusion	Swelling
Chronic	It may persist, but you can overcome it
Diagnostics	X-ray or scan
You are going to have to live with this	You may need to make some adjustments

Voici tout de même quelques exemples en traduction libre. Ils proposent par exemple d'éviter le terme *kyphosis* ou *lordosis*, soit *cyphose* et *lordose* en français, et de discuter plutôt des courbes normales du dos. Le concept de normalité et de banalisation est présent dans plusieurs alternatives proposées par les auteurs. Le tout s'inscrit dans une dynamique de réassurance et d'encouragement pour le patient. Un autre exemple est l'utilisation du terme *chronic*, pouvant être traduit par *chronique*, qui serait à éviter. Ils recommandent plutôt d'utiliser une tournure de phrase telle que « *it may persist, but you can overcome it* », qui peut être traduite par « cela peut persister, mais vous pouvez le surmonter ». Ils recommandent également d'éviter la négation en remplaçant un terme tel que « ne vous inquiétez pas » par « tout ira bien ». Évidemment, c'est un concept ouvert et plusieurs formulations sont adéquates selon le patient. Effectivement, l'effet spécifique des mots est documenté (Stephens et Robertson, 2020). En somme, la réciprocité de langage est un élément important tel que décrit par Rossetini. Cependant, il est important pour le praticien de comprendre l'impact des mots sur le patient et de comprendre la compréhension du patient d'un mot ou d'un concept. Cette recommandation bonifie le cadre de Rossetini.

Afin de compléter ces recommandations, nous avons exploré les caractéristiques de la communication centrée sur le patient. Zhou et coll. (2023) ont défini plusieurs composantes clés afin d'avoir une communication centrée sur le patient.

- Utilisation de mots d'affiliation (ensemble, aide) :
Ce type de mots permet de créer plus de connexion, de proximité et un sentiment de partenariat avec le patient.
- Utilisation de pronoms de la première personne du singulier (je, mon) :
Ce type de mots permet de créer plus d'espace de négociation pour le patient et donc un meilleur partage de décision.
- Utilisation de mots de causalité (basé, parce que) :
Ce type de mots permet de faciliter la compréhension du patient de l'information qui est transmise par le professionnel.
- Éviter les mots d'autoritarisme (savoir, réaliser) :
L'utilisation de mot autoritaire ne transpose pas d'office le partage décisionnel et la relation égalitaire souhaitable. En ce sens, minimiser leur utilisation est recommandé.

- Dégager la confiance dans la communication :

Le professionnel doit sembler confiant afin de refléter son professionnalisme. Cependant, le professionnel ne doit pas être surconfiant et fermer la porte à la discussion avec le patient.

En somme, selon les auteurs, l'application de ses cinq tenants permet de se positionner dans un processus de soin empathique ainsi que de soutenir une prise de décision partagée avec le patient.

De surcroît, la revue systématique sur la communication centrée sur le patient de Pinto et coll. (2012) rappelle l'importance de ce type de communication dans la bonification de l'alliance thérapeutique. Cela se traduit par une hausse de l'engagement et de l'ouverture du patient. Dans le contexte ostéopathique, Abbey H. (2023) a démontré les bénéfices, en termes d'auto-efficacité à long terme pour le patient, de modifier le discours vers une approche biopsychosociale plutôt qu'un discours orienté sur des causes mécaniques et le diagnostic.

Communication non verbale

La communication non verbale est omniprésente dans le contexte de soin alors qu'elle représente jusqu'à 90 % de la communication (Lorié et coll., 2017). Rappelons que Rossetinni propose de porter attention aux éléments suivants du non verbal : contact visuel, expression faciale, sourire, posture, hochement de tête, position du corps vers l'avant et ouverte. Bien que Rossetinni place l'empathie dans la communication verbale, nous en discutons dans cette section. En effet, la littérature scientifique sur le non verbal réfère généralement à l'effet sur l'empathie afin de mesurer le résultat. En ce sens, l'attitude non verbale est importante puisqu'en plus d'être omniprésente, elle permet de démontrer l'empathie envers le client (Riess et Kraft-Todd, 2014).

Dans un premier temps, le contact visuel et la posture orientée vers le patient sont associés avec une hausse de l'empathie du professionnel (Brugel et coll., 2015). En effet, selon les mêmes auteurs, maintenir le contact visuel améliore davantage l'empathie perçue que l'orientation du corps vers le patient. Les chercheurs soulèvent l'hypothèse que le regard visuel est quelque chose de plus personnel et qui permettrait donc de démontrer davantage d'intérêt et

de sincérité. En somme, le regard et la posture orientés vers le patient résultent en des consultations plus efficaces, de meilleurs diagnostics, une récupération plus rapide ainsi qu'une hausse de la satisfaction des patients (Bruger et coll., 2015). De surcroît, la revue systématique de Pinto et coll. (2012) corrobore que le thérapeute doit être positionné dans un angle oscillant entre 45 degrés ou 90 degrés vers son patient ainsi qu'il doit soutenir son regard. Ils précisent également de ne pas croiser les jambes et les bras afin d'éviter une posture qui pourrait paraître comme étant fermé. Il doit être légèrement incliné vers l'avant et à une distance entre un et trois mètres du patient. Cette revue conclut que les facteurs non verbaux sont des éléments importants pour la construction d'une alliance thérapeutique forte. De surcroît, les hochements de tête, suggérés par Rossetinni et les expressions faciales démontre une hausse de la satisfaction des patients selon la revue systématique de Henry et coll. (2012). Les auteurs suggèrent de hocher la tête lors de la discussion afin de démontrer une écoute active et un engagement. De plus, il est recommandé de présenter des expressions faciales empathiques et d'apparier celles du client.

Également, le non verbal influence le subconscient du patient via différents circuits cérébraux (Riess et Kraft-Todd., 2014). En effet, le professionnel doit prendre en compte l'état mental initial du patient afin d'effectuer un appariement émotionnel non verbal. Concrètement, lorsque le professionnel juge l'état émotionnel du patient, ce dernier peut adapter sa communication afin d'être dans le même registre émotionnel. Ce concept n'est pas quelque chose qui est à proprement inclus dans le cadre de Rossetinni, mais c'est un processus mixte qui s'exprime de façon globale dans le non verbal. En ce sens, l'empathie non verbale permet d'améliorer la satisfaction du patient (Henry et coll., 2012). De plus, lorsque le professionnel démontre un non verbal empathique, le patient perçoit davantage de sincérité, de volonté et de compétence de la part du professionnel, ce qui améliore la relation thérapeutique (Haskard et coll., 2009). En effet, l'empathie est une des caractéristiques les plus déterminantes de la relation de soin autant de la perspective du patient qu'au niveau de résultats thérapeutiques (Bruger et coll., 2015). Cette importance du non verbal est non négligeable puisque, toujours selon les mêmes auteurs, les patients sont sensibles à des signaux d'incongruence entre le verbal et le non verbal. En ce sens, si un professionnel exprime verbalement de l'empathie, mais que son langage non verbal ne le reflète pas, le patient percevra en général les signaux du non verbal. Il est intéressant de noter que malheureusement, celle-ci semble diminuer avec les années de pratique en contexte hospitalier (Chen et coll., 2007 ; Ward et coll., 2012).

Pertinence la communication

Nous avons décrit au préalable plusieurs enjeux dans la pratique ostéopathique ainsi que le vécu rapporté par le patient douloureux chronique. Ces différents enjeux comprennent la communication. Dans la même lignée, un article récent, co-écrit par Rossetini, soulève des pistes de réflexion afin de minimiser les réponses nocebos et les effets indésirables causés par les thérapeutes manuelles (Hohenschurz-Schmidt et coll., 2022). Ils critiquent notamment la communication des principes fondateurs de l'ostéopathie aux patients ainsi que la communication et l'explication de dysfonction somatique aux patients qui les positionnent dans un modèle biomédical de la maladie. En ce sens, notre problématique veut répondre à cet enjeu en proposant de potentiellement modifier la communication des ostéopathes. Ces derniers devraient donc adopter un discours positif, encourageant et offrir du support au patient. En effet, pour Hohenschurz-Schmidt et coll. (2022), un message positif ne comprend pas la communication de dysfonctions mécaniques aux patients. D'ailleurs, ils soulèvent des enjeux similaires dans la pratique de la physiothérapie et de la chiropraxie. Ils dénoncent notamment que les professionnels en physiothérapie accordent trop d'importance à des discours mécaniques quant aux tissus des patients et qu'ils mettent trop d'emphasis sur l'enseignement d'une technique parfaite ou de la posture parfaite. Ces discours tendent à renforcer des croyances mécanistiques chez les patients en plus de renforcer la dépendance des patients envers le professionnel. Également, cela peut décourager les patients quant à leur auto-efficacité et leur autonomie face à leur problématique. Dans la chiropratique, il critique notamment le modèle de la subluxation vertébrale et des discours de type « votre os est déplacé ». Ces discours apportent des enjeux similaires à ce qui est décrit plus tôt en plus de potentiellement stimuler l'inquiétude chez le patient. En somme, cette réflexion quant aux vécus du patient douloureux est ce qui justifie la pertinence d'explorer l'impact de la communication selon le cadre de Rossetini dans la pratique ostéopathique. D'ailleurs, les données récentes proposent plutôt de s'attarder aux facteurs psychosociaux de la douleur, qui sont essentiels dans la gestion de condition chroniques (Vargas-Prada et Coggon, 2015). Ainsi, l'ostéopathe peut baser sa réflexion sur de nouveaux modèles explicatifs tels que les effets contextuels et placebo, l'interoception et le toucher en communiquant une information juste aux patients (Esteves et coll., 2020).

SOMMAIRE

En somme, l'exploration de la littérature scientifique démontre un besoin d'actualisation des modèles théoriques et pratiques. Il n'existe pratiquement pas de littérature scientifique propre à l'ostéopathie sur le volet de la communication. Les enseignements étant basés encore majoritairement sur un modèle de soin biomédical, la communication qui en découle n'est pas forcément adaptée pour offrir la meilleure qualité de soin au patient. En revanche, le nombre de publications scientifique sur le modèle biopsychosocial est en forte hausse dans toutes les professions de thérapies manuelles incluant l'ostéopathie. En ce sens, Rossettini et coll. (2020) ont développé un cadre conceptuel englobant la communication qui nous semble pertinent afin de répondre aux différents enjeux touchant la pratique de l'ostéopathie. Cela pourrait possiblement permettre une meilleure prise en charge des patients douloureux en limitant les effets indésirables stimulés par les thérapeutes et en maximisant les effets contextuels, le tout en conservant un niveau de satisfaction élevé perçu par le patient.

MÉTHODOLOGIE

Objectif de recherche

Notre recension des écrits démontre les enjeux dans la profession ostéopathique et l'avenue de nouveaux modèles explicatifs. En ce sens, la communication et les effets contextuels dans la relation de soin sont une sphère majeure à explorer afin d'optimiser la prise en charge du patient douloureux chronique. Il n'existe pas actuellement de guide de bonnes pratiques quant aux normes de communication dans le contexte ostéopathique. Il y a un manque de littérature propre à la profession.

Notre objectif est d'évaluer la satisfaction du patient douloureux chronique lors de la prise en charge ostéopathique misant sur les recommandations de communication du cadre conceptuel de Rossetinni. En ce sens, nous souhaitons évaluer la transférabilité et l'applicabilité de ces recommandations dans le contexte ostéopathique.

En ce sens, évaluer de façon qualitative et quantitative la satisfaction et l'expérience du patient douloureux dans un contexte ostéopathique nous semble pertinent afin de mieux comprendre la perception de la communication et des contextuels.

L'évaluation sous forme d'entretien semi-dirigé nous permet d'explorer certaines nuances et concepts qui ne seront pas forcément présents dans les questionnaires. Cela permet de dégager le ressenti et l'expérience du patient dans un format plus long et complet.

Hypothèse de recherche

Deux thèmes principaux seront émergents selon nos hypothèses : la communication et la relation thérapeutique. Notre recension des écrits nous apporte à penser que l'application du cadre de Rossetinni améliore la relation thérapeutique. En ce sens, nous nous attendons à ce que les participants décrivent cette dynamique comme quelque chose de distinctif et d'appréciable de leur côté.

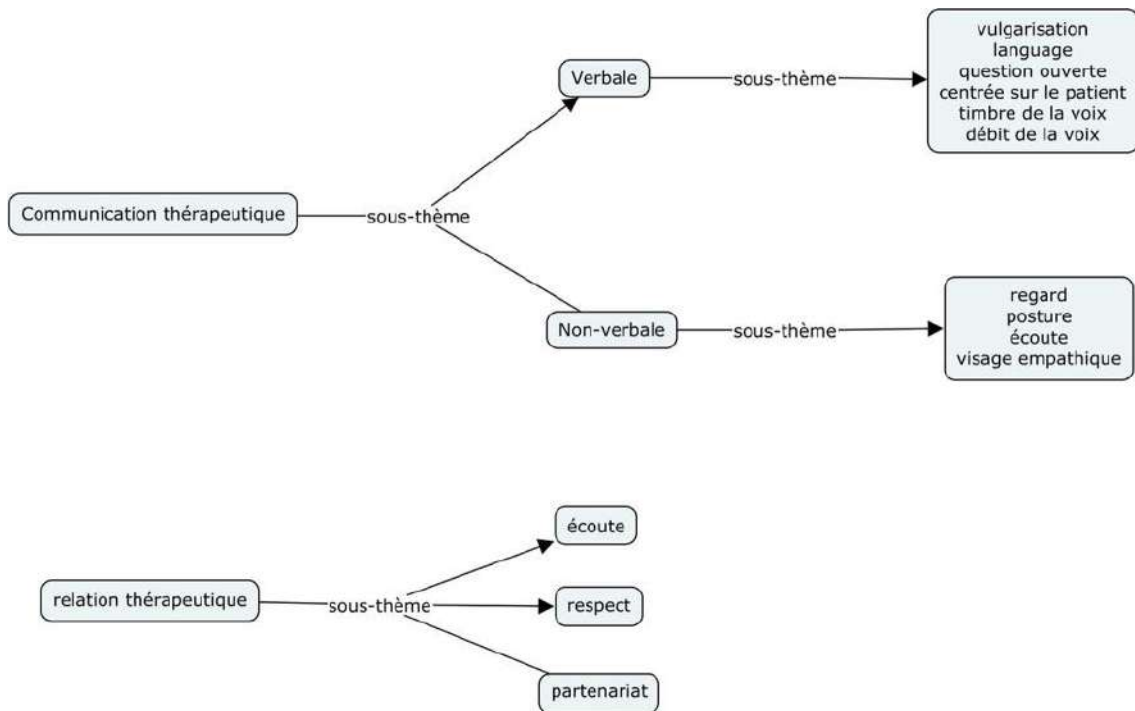


Figure 5. Arbres conceptuel hypothétique

En second plan, nous supposons une amélioration quant à leur motif de consultation. Bien que nous n'évaluons pas de façon spécifique ni quantitative cette plainte initiale, nous pensons que d'adapter l'approche ostéopathique devrait contribuer à une réduction de la symptomatologie chez la patientèle.

Question de recherche

Comment l'application des recommandations en communication reliée aux effets contextuels est perçue par les patients en douleurs chroniques dans la prise en charge ostéopathique ?

Devis méthodologique

Nous avons opté pour un devis utilisant des données qualitatives et quantitatives. Nous avons fait le choix d'opter vers un devis qualitatif puisqu'aucun questionnaire ne permet réellement d'explorer la satisfaction et le vécu du patient de manière aussi large. Il est important de comprendre que les recommandations du cadre de Rossetinni sont larges et la satisfaction est

un concept multifactoriel. L'évaluation qualitative par l'entretien semi-dirigé nous permet de décortiquer la réflexion et le vécu du patient afin d'explorer quelles composantes ont été importantes ou marquantes pour lui.

Devis qualitatif : entretien semi-directif

Un guide d'entrevue a été développé basé sur les thèmes que nous souhaitons explorer. Le guide a été développé selon les recommandations de Clarke et Braun (2013). Ces thèmes sont en lien avec l'ostéopathie et les aspects du cadre de Rossettinni. D'une part, nous souhaitons explorer le vécu, le ressenti et la satisfaction du patient dans la prise en charge. D'autre part, nous nous sommes intéressés à ce qui fut distinctif pour le patient, son historique de soin et ses attentes. Également, nous souhaitons explorer comment il a perçu la communication et la relation thérapeutique en lien avec le professionnel. Le guide contient une introduction pour le participant, une courte présentation des objectifs de l'entretien ainsi que des rappels pré-entrevue. Ces rappels contiennent notamment les notions de confidentialité et de consentement (annexe A).

Voici un résumé des questions principales tirées du guide d'entretien (annexe B) :

1. Qu'est-ce qui vous a amené à consulter en ostéopathie et pouvez-vous me décrire le service que vous avez reçu ?
2. Comment avez-vous vécu les séances ? Pouvez-vous me parler de votre expérience générale en ostéopathie ?
3. Qu'est-ce qui vous avez semblé distinctif dans l'intervention ostéopathique ?
4. Quelles étaient vos attentes avant de venir ?
5. Pouvez-vous me décrire votre historique de soin pour cette plainte ?
6. Comment percevez-vous votre relation avec l'ostéopathe ?
7. Comment vous êtes-vous senti dans les séances ?
8. Pouvez-vous décrire la communication de l'ostéopathe ?
9. Avez-vous d'autres remarques, commentaires ou suggestions quant à l'expérience en ostéopathie ?

L'entretien se conclut ensuite par un remerciement ainsi qu'une question de type métacognition. La durée des entrevues s'est échelonnée de 25 à 42 minutes. Avant de procéder à l'entrevue, le consentement a été revalidé et le professionnel a émis des indications quant à l'anonymat et la confidentialité. De plus, le patient a reçu des explications reliées à ce qu'on attendait de lui pour l'entretien. Il a été mis en contexte sur la durée possible, le format conversationnel ainsi que nos attentes envers lui. Ceci est réalisé afin de le mettre à l'aise et lui faire comprendre qu'il a l'espace nécessaire pour s'ouvrir et répondre longuement à chaque question. Nous lui avons rappelé les valeurs du projet tel que le professionnalisme, l'empathie et le respect.

Devis quantitatif : Questionnaire multidimensionnel de satisfaction des patients en physiothérapie

Le questionnaire a été rempli suite à la deuxième séance d'ostéopathie au préalable à l'entretien semi-dirigé. Le patient a reçu des explications afin de compléter adéquatement le questionnaire. Ce dernier a été indiqué de bien lire les 14 questions et d'y répondre honnêtement. De plus, l'échelle de cotation « Mauvais à Excellent » lui a été expliquée. C'est une échelle de Likert en 5 points : mauvais, adéquat, bon, très bon, excellent. Ce dernier a eu le temps nécessaire pour remplir le questionnaire. Nous avons jugé pertinent d'utiliser ce questionnaire puisqu'il n'en existe pas dans la sphère ostéopathique qui s'intéresse à ces aspects. Dans le contexte québécois, il y a plusieurs similitudes avec le contexte de la physiothérapie donc nous supposons une certaine transférabilité. De plus, notre cadre théorique pour la communication est tiré du domaine de la physiothérapie. Ainsi, utiliser un questionnaire du domaine de la physiothérapie nous a du sens. C'est potentiellement ce qui s'apparente le plus à notre contexte. D'ailleurs, ce dernier est assez court avec seulement 14 questions et facile à remplir. Nous y voyons un bénéfice puisque le participant sera déjà appelé à réaliser une longue entrevue. L'utilisation du questionnaire est également bénéfique puisque nous pourrions croiser les résultats avec les résultats des entretiens. Nous avons fait le choix de retirer la question 2 puisqu'il n'y a pas de secrétaire présente à la clinique. Les participants avaient donc 13 questions à remplir. Nous jugeons que cela ne modifie pas la validité du questionnaire.

Le questionnaire « *Scale to measure patient satisfaction with physical therapy* » (annexe C) a été développé dans le but d'évaluer la satisfaction du patient dans la prise en charge en physiothérapie (Monnin et Perneger, 2002). Le questionnaire a été développé afin de mesurer plusieurs dimensions. Cinq questions portent sur des caractéristiques en lien avec le traitement. Trois questions portent sur l'admission et les étapes pré-soin. Quatre questions portent sur la logistique du soin. Deux questions portent sur les impressions générales du soin. Chaque sous-thème a une bonne acceptabilité ainsi que de bons planchers et plafonds (Monnin et Perneger, 2002). Le coefficient de consistance interne varie de 0,77 à 0,90 ce qui indique une bonne fiabilité. La validité des énoncés a été corrélée à des questionnaires ouverts. Ce dernier a été éprouvé chez plus de 500 patients, plusieurs tranches d'âges ainsi que plusieurs sexes. Les auteurs soutiennent que les qualités psychométriques du questionnaire sont adéquates et justifient son utilisation.

Déroulement des séances d'ostéopathie

Une série d'étude de cas a été réalisée sur trois clients qui ont reçu chacun deux séances d'ostéopathie. L'éligibilité des participants a été vérifiée avant le premier rendez-vous dans un court appel téléphonique. Par la suite, les participants ont été convoqués à une première séance d'ostéopathie d'une durée de 80 minutes. Nous avons voulu standardiser une séance d'ostéopathie. La durée prévue par section était répartie de la manière suivante :

- 0–20 minutes : anamnèse et historique ;
- 20–30 minutes : test de sécurité clinique au besoin (orthopédique, neurologique, cardio-pulmo-digestif, etc.) ;
- 30–40 minutes : évaluations ostéopathiques ;
- 40–70 minutes : traitement ostéopathique général de la région ;
- 70–80 minutes : récapitulatifs, explication pour la suite, fermeture.

L'ostéopathe a réalisé une routine de traitement général ostéopathique (TOG). Deux semaines suite à la première séance, une deuxième séance de 60 minutes a été réalisée suivie de l'entretien. Le format de la séance s'est déroulé comme suit :

- 0–10 minutes : retour sur ces 2 semaines, mise à jour et objectifs du soin ;

- 10–20 minutes : sécurité clinique et évaluation ostéopathique ;
- 20–50 minutes : traitement général ostéopathique ;
- 50–60 minutes : récapitulatifs, explication pour la suite, fermeture.

Le traitement général ostéopathique a été standardisé selon ce qui a déjà été fait dans d'autres essais randomisés contrôlés (Dugailly et coll., 2014). Le TOG consiste en mobilisation douce et répétitive (sans action d'impulsion articulaire) pratiquée par le professionnel. C'est une séquence routinière standardisée de tout le corps. Cela inclut la région cervicale, thoracique, lombaire ainsi que les articulations périphériques. Chaque technique est répétée pour une dizaine de mobilisations rythmée. Le praticien enchaîne les techniques et le client est détendu en ne participant pas activement aux techniques. Toutes les interventions ont été réalisées dans la même salle de traitement avec des conditions similaires de lumières, températures, sonorité, etc. Aucun effet secondaire délétère n'a été rapporté pendant les séances ou après celle-ci. Ces techniques sont documentées dans plusieurs livres d'ostéopathie ainsi que dans la littérature scientifique (Hématy 2001).



Figure 6. Démonstration de TOG, selon Hématy (2001)

Les séances ne contenaient aucune prescription d'exercice thérapeutique pour le participant ainsi qu'aucune modalité à compléter à l'extérieur des séances (exercices,

étirements, alimentation, sommeil, etc.). L'utilisation exclusive de modalité passive a été employée afin de représenter la pratique ostéopathique traditionnelle.

Population à l'étude

La population ciblée pour l'étude était constituée de clients souffrant de douleurs chroniques. La douleur chronique est une douleur qui persiste au-delà de trois mois (Kang et coll., 2023). La population pédiatrique a été exclue puisque la prise en charge, notamment la communication, est selon nous trop différente.

Critère d'admissibilité

Critère d'inclusion

Toute personne âgée de 18 ans et plus, ayant reçu des soins dans le passé pour une douleur chronique et comprenant suffisamment le français parlé et écrit, était éligible pour participer à l'étude. Toutefois, si la personne ne pouvait pas se déplacer à deux reprises pour réaliser les séances d'ostéopathie ou refusait de participer à l'entretien semi-structuré, elle était exclue.

Critère d'exclusion

Le seul critère d'exclusion qui a été utilisé a été basé sur l'âge. Les participants retenus devaient être au minimum de 18 ans. Ils doivent également avoir le niveau de français écrit et oral adéquat afin de s'assurer de la qualité du français. L'étude porte sur la communication et nous voulons explorer les différents types de langage, choix des mots, etc. Ainsi, la langue première du patient doit être le français afin de limiter les biais.

Recrutement

L'appel de candidatures a été publié sur les réseaux sociaux par annonce (annexe D) publiée en janvier 2024 sur le réseau social Facebook sur la page personnelle de Sébastien Drouin. L'annonce a été maintenue en ligne 48 heures puisqu'il y a 11 retours sur cette période ce qui était largement suffisant. L'annonce expliquait offrir gratuitement deux séances d'ostéopathie dans le contexte d'un projet d'étude final en ostéopathie. Les participants étaient

avisés qu'ils devaient s'engager à compléter les entretiens semi-dirigés et le questionnaire. Le choix des candidats s'est fait sous la base du premier répondant. En ce sens, les trois premiers candidats ont été sélectionnés puisqu'ils concordaient avec les critères nécessaires à la participation de l'étude. Les autres candidats ont été remerciés.

Méthode de collecte de données

La collecte de données s'est déroulée à la suite de la deuxième rencontre d'ostéopathie. Les participants ont d'abord rempli le questionnaire après avoir reçu les informations adéquates, tels que décrits au préalable. Ensuite, les entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Les entrevues ont été enregistrées sur le téléphone personnel du professionnel via l'application Dictaphone. Afin d'éviter un possible bris de confidentialité, ce dernier a installé un nouveau mot de passe sur son téléphone ainsi qu'un mot de passe spécifique sur les fichiers audio stockés dans l'application Dictaphone. Les verbatims ont été retranscrits manuellement à l'aide du logiciel Otranscribe. Le texte a été légèrement lissé afin de diminuer les répétitions de mots, les pauses et ajuster la syntaxe. L'essence du contenu des verbatims dispensés par le client n'a pas été modifiée. Ensuite, les verbatims ont été analysés via la relecture répétée de ceux-ci afin de maîtriser le contenu général de ces derniers. Par la suite, Sébastien Drouin a extrait les thèmes qui lui semblaient pertinents et qui semblaient ressortir de façon prioritaire. Cette analyse des entretiens semi-dirigés s'est déroulée toujours selon les recommandations de Clarke et Braun (2013).

RÉSULTATS

Caractéristiques des participants

Le tableau 4 présente les données sociodémographiques des trois participants qui ont été sélectionnés. Le recrutement des participants a été décrit dans la section méthodologie. Ce dernier s'est fait de manière aléatoire. Nous présentons uniquement une synthèse des participants afin de pouvoir contextualiser les résultats avec le type de participant de l'étude.

Tableau 4. *Données sociodémographiques des trois participants sélectionnés*

participant	genre	âge	IMC	comorbidités	Statut socio-économique
P1	Homme	45	Standard	Aucune	Moyen
P2	Homme	32	Élevé	Plusieurs (métaboliques)	Moyen
P3	Femme	51	Standard	Aucune	Élevé

Présentation des résultats

Nous avons décidé de présenter les résultats des entretiens semi-dirigés couplés avec les résultats des questionnaires. Cela facilite la lecture du texte et la compréhension de celui-ci en plus de permettre de croiser les données des sections redondantes entre les deux. L'analyse des entretiens semi-directifs présente trois thèmes émergents (figure 7). Ceux-ci sont le temps, la communication et la relation thérapeutique. Ces derniers comportent différents sous-thèmes présentés dans cet arbre conceptuel. En thème secondaire, les remarques en lien avec les techniques ostéopathiques nous ont paru intéressantes également.

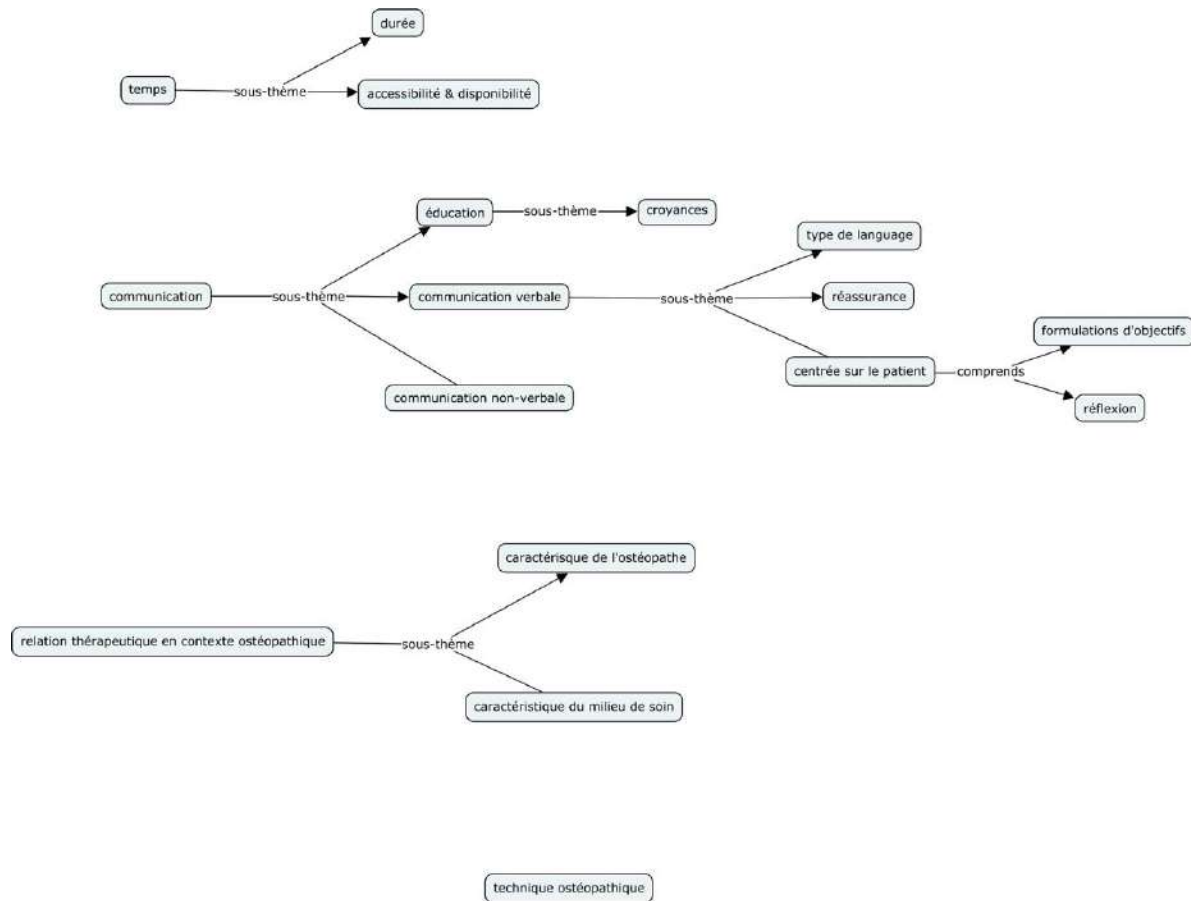


Figure 7. Thèmes émergents

Cela illustre un léger décalage entre le résultat attendu et le résultat réel.

Temps

Le premier thème est le temps. Ce thème comprend différents aspects. En premier lieu, le temps en absolu, soit la durée, est un point soulevé par les participants. Tous les participants ont perçu un bénéfice quant à la durée des séances ainsi que le temps alloué à chaque étape du soin ostéopathique. Lorsque la question en lien avec ce qui était distinctif dans le soin ostéopathique, tous les participants ont exprimé des commentaires sur le temps.

P1 : « j'en ai déjà parlé c'est sûr que si y avait vraiment plus de temps » (Q3)

P2 : « t'a pris le temps de m'expliquer » (Q3)

P3 : « on sent vraiment qu'on a le temps, on n'est pas pressé » (Q3)

Les clients apprécient la place qui est accordée au temps dans les séances d'ostéopathie. Également, ils mesurent le contraste avec leur expérience médicale et cela augmente la satisfaction dans la relation ostéopathique. Ils effectuent d'office une analyse comparative.

P1 : « Ben tu sais c'est parce que tu vas chez le médecin ça dure tellement pas longtemps là tu sais la dernière fois j'étais allé ça durait 2 minutes » (Q2)

P2 : « Tandis que tsé avec toi on prend le temps c'est clair » (Q5)

P3 : « on dirait qu'il faisait l'analyse vite pis qui ne prenait pas le temps, bref ça faisait pas toujours du sens pour moi » (Q5)

Le premier participant a exprimé ce mécontentement à la question 2, malgré que cette question ne soit pas du tout en lien avec ses visites médicales. En effet, ce dernier ne se décrit pas satisfait envers la courte durée de ses visites médicales. De plus, plusieurs participants dénoncent une communication non verbale et une attitude négative quant aux facteurs temps dans leur historique de rencontre habituelle.

P2 : « Tu sens qu'il est pressé » (Q5)

Effectivement, ce participant ne décrit aucun signe concret de presse du professionnel dans sa communication verbale. Cependant, il décrit tout de même sentir cette dynamique. Cela témoigne de l'expérience ressentie du participant face au non verbal du professionnel. Il décrit ensuite l'expérience inverse dans la relation ostéopathique.

P2 : « Tu es beaucoup plus à l'écoute » (Q5)

En ce sens, la satisfaction semble être améliorée lorsque le thérapeute complète une analyse dont la durée est de plusieurs minutes. Dans ces séances, l'anamnèse a duré en général entre 15 et 30 minutes.

De plus, les clients ont démontré de la satisfaction dans ce thème en lien avec une accessibilité et une disponibilité qui se transpose même à l'extérieur du temps des séances.

P1 : « [...] disponibilité on s'est parlé par courriel tu sais tu m'as fait un suivi je dirais que c'était quand même une grosse différence en termes d'accessibilité et de présence, moi c'était la première fois [...] qu'un

professionnel m'envoyait des courriels, donc c'est certain que ça, c'était un petit choc positif là par contre » (Q1)

Le participant extrapole même jusqu'au concept de présence. Ce dernier ressent un accompagnement et une sensation que le suivi est serré, en lien au fait que le professionnel prenne le temps d'effectuer un suivi par courriel. Le sentiment de présence et d'accompagnement est donc perçu pour le participant au-delà même de la rencontre. Le même sentiment a été décrit par le participant 3.

P3 : « [...] qu'on a une bonne une bonne communication, tu sais, je t'ai envoyé un courriel, réponse rapide même, tu sais, je ne m'attendais pas à ça, et puis, tu me faisais des suivis aussi par courriel, donc, ça, c'est sûr que, la prise en charge est là, là, ça, c'est sûr. » (Q6)

En effet, la réponse rapide et la disponibilité sont rapportées lorsque le client est interrogé sur la relation thérapeutique. Ils dénotent également un élément de surprise. Pour ces deux participants, cela ne fait pas partie de ce qui est normalement convenu d'une relation professionnelle dans le domaine de la santé. Cependant, il ne suffit pas seulement d'envoyer un courriel. Le participant 1 décrit justement l'effet délétère à recevoir un courriel qui est incomplet ou qui n'est pas accompagné d'explication appropriée.

P1 : « [...] c'est écrit des termes que je connais pas on m'a pas expliqué hein il me l'a envoyé par courriel, fait que là moi j'ai lu ça puis je me disais ; j'ai aucune idée c'est tu grave [...] » (Q6)

En ce sens, cette pratique ne démontre pas systématiquement une relation positive associée au thème du temps, de l'accessibilité et de la disponibilité. À l'inverse, cela peut diminuer la qualité de la relation thérapeutique en stimulant de l'inquiétude et de l'incompréhension chez le patient. Dans le même ordre d'idée, le temps en absolu n'est pas forcément un atout lorsqu'il dépasse un certain stade. Les commentaires défavorables sur le temps sont plutôt orientés vers la profession médicale et non vers les autres services de thérapies manuelles qui ont généralement une plus longue durée. Par contre, a posteriori, le participant 2 nomme une incompréhension face à la gestion du temps lors d'expériences personnelles en chiropraxie.

P2 : « À y repenser maintenant je comprends pas vraiment pourquoi il faisait du *small talk* alors qu'il aurait pu m'enseigner ou m'apprendre 1001 affaires. » (Q1)

En ce sens, il ne perçoit pas forcément un bénéfice absolu à un temps élevé si ce temps ne lui semble pas productif. Cette complainte est partagée par le participant 3.

P3 : « j'avais des séances de physio ergo tout ça, et c'était pas... tu sais, il venait, il me mettait comme des machines, et il partait... il restait même pas avec moi. » (Q2)

En effet, ce participant ne voit pas d'avantage à la durée de la séance si le professionnel n'est pas présent avec lui. Il n'apprécie pas ce type de pratique.

En somme, les participants apprécient que les séances aient une durée qu'ils ressentent comme suffisante et qu'ils aient l'impression que la séance est chargée en informations pertinentes. Ils apprécient que le professionnel ne semble pas pressé et ne mettent pas de pression pour la durée de la séance.

Communication

Le deuxième thème est la **communication** dans les séances. Ce thème comprend plusieurs sous-thèmes. Le premier sous-thème fait référence à l'éducation et les enseignements prodigués par l'ostéopathe. Cela comprend l'éducation sur le fonctionnement de leur corps et de leur diagnostic ainsi que sur le fonctionnement général de la douleur. Ce thème s'est vu comme une surprise et quelque chose de distinctif pour les participants.

P1 : « le fait que tu m'expliques, moi on m'avait jamais expliqué ça [...] c'est vraiment un concept nouveau » (Q3)

P2 : « tu m'expliquais vraiment beaucoup beaucoup de choses fait que ça crée une relation vraiment différente, tu sais c'est un peu drôle parce que moi j'avais l'impression que l'ostéopathe était un peu comme [...] quelque chose de plus spirituel » (Q3)

P3 : « on a beaucoup plus parlé que à quoi je m'attendais » (Q1)

Les participants ne s'attendaient pas forcément à recevoir de l'éducation sur le fonctionnement de leur corps et qu'il y ait beaucoup de discussions en ce sens. Cela a été perçu de façon positive par les participants en ayant un effet direct sur la perception qu'ils ont du professionnel quant à son expertise telle que dénotée par le participant 2. Ce dernier avait une préconception selon laquelle l'ostéopathe n'était pas un professionnel scientifique ou du moins pas autant que d'autres professions. À l'inverse, l'éducation en clinique, en plus d'outiller le patient, permet de démontrer un savoir et un niveau d'expertise qui sera perçu par le client. Cependant, il est primordial que le patient puisse comprendre ce savoir. C'est ce que rapporte le participant 2 dans cet extrait.

P2 : « [...] m'expliquais la douleur tu me disais des mots scientifiques un peu là je comprends moins, mais là tu me le vulgarisais puis tu t'assurais vraiment que je puisse comprendre » (Q8)

Plusieurs concepts sont présents dans cet extrait. Premièrement, le participant dénote que le professionnel effectue une vulgarisation des savoirs. Deuxièmement, le participant explique que le professionnel s'assure qu'il comprenne. Il apprécie que le professionnel prenne le temps de s'en assurer. Dans une expérience de soin précédente, le même participant décrit ne pas avoir compris le sens des explications du professionnel.

P2 : « J'ai jamais trop compris son histoire de fessier faible crime je travaille physique a longueur de journée » (Q5)

P2 : « (...), mais je fais pas vraiment les exercices à la maison j'avais pas le temps et ça m'aidait pas vraiment. [...] Donc j'ai pas trop de résultats j'ai arrêté d'y aller là [...] » (Q5)

En effet, le participant n'est pas satisfait lorsqu'il ne comprend pas le diagnostic. Cette incompréhension entre la cause du manque de force d'un muscle spécifique soulevé par le professionnel n'est pas un concept qui entraine d'office dans son schéma de croyance. Ainsi, le plan de traitement ne faisait pas de sens pour lui. Cela a participé à causer une faible adhérence et un faible engagement dans la relation de soin puis un arrêt total du suivi.

En somme, les participants apprécient le fait de comprendre les explications du professionnel. Ceux-ci sont satisfaits lorsque le professionnel explique les concepts et s'assure de la compréhension du participant.

Croyances des participants

Ensuite, tous les participants ont égayé des craintes, des inquiétudes, des croyances quant à leur diagnostic, leur corps physique et leur capacité fonctionnelle.

P1 : « [...] ça fait des années que je traîne ça, ça me limite je parlais plus tôt que je ne peux plus marcher longtemps... j'ai beaucoup beaucoup de problèmes. » (Q1)

Ce participant décrit souffrir d'une longue liste de problèmes puisque ça fait longtemps que les premiers symptômes ont débutés.

Ensuite, le premier participant tient un discours mécanistique quant à la cause de sa douleur reliée à une position inadéquate des os de son bassin.

P1 : « J'ai l'impression d'avoir le bassin croche un peu [...] quelqu'un pour me débloquent en fait [...] Un peu comme chez le chiro sauf que pour moi ça ne fonctionne plus le chiro, mais tsé quand il me replace [...] bin avant ça me relâchait [...] » (Q1)

Ce participant rapporte la croyance que les articulations de son corps peuvent se désaligner et être la cause sa douleur. Il est également à la recherche d'une technique manuelle pour qu'on lui replace le bassin.

D'ailleurs cette vision mécanistique est présente chez le second participant également.

P2 : « Ça me bloquait un peu, puis moi j'avais comme eu un peu l'impression que c'était l'opération ou rien parce que moi je pensais que mon dos était vraiment fini là que mon disque été écrasé on m'avait dit, que j'avais lu sur le rapport fait que là moi je me dis ben tsé disque écrasé en 2014 donc tu sais c'est pour ça que j'ai mal » (Q3)

Celui-ci démontre l'association entre le résultat d'un examen d'imagerie médicale et sa symptomologie persistante. Pour lui, c'est la cause de sa douleur. Il décrit ne pas pouvoir avoir recourt à l'opération puisqu'il est travailleur autonome.

P2 : « moi c'est que je suis travailleur autonome tu sais, ça fait que je peux pas arrêter de travailler » (Q3)

Ce dernier rapporte qu'on ne lui a pas proposé plusieurs options. Il n'a pas été considéré dans l'élaboration du plan de traitement, ce qui l'a amené à arrêter de consulter entièrement.

P2 : « Un bout même je voulais pas aller consulter parce que j'avais peur qu'on me dise qu'il pourrait rien faire pis que c'était vraiment l'opération la solution. » (Q3)

Cette vision a été également conditionnée par son entourage qui lui a transmis des informations quant au pronostic de soin et aux options thérapeutiques.

P2 : « d'autres gars sur le chantier qui avaient des disques ou des hernies aussi qui me disaient que leurs dos étaient scrap » (Q3)

Également, plusieurs participants ont la croyance que la guérison est impossible ou encore que ce n'est pas quelque chose qu'ils peuvent envisager. Le premier participant le nomme clairement.

P1 : « [...] je pensais que j'allais être pris avec à toute ma vie [...] » (Q2)

De plus, les participants ont tendance à placer le blâme sur eux-mêmes pour leur échec thérapeutique.

P1 : « Parce qu'il faut que je continu la donc la j'associais un peu au final que le golf c'est ça qui m'avait brisé fais que par la bande je me trouvais... hmmm... cave peut-être de faire ses choix là, en fait. » (Q6)

Le participant 1 démontre ici la culpabilisation par rapport à sa pratique sportive et exprime un lien de causalité entre sa pratique sportive et sa douleur.

P2 « Mais en même temps, je te dis, je l'avais compris comme ça tu sais peut-être c'est ma faute aussi, mais on m'a juste rien expliqué avant donc tu sais j'avais reçu ça courriel. » (Q3)

Le participant 2 dénote le manque d'explication et la communication défailante du professionnel, mais rapporte tout de même une part de la faute sur lui-même.

P3 : « [...] on dirait qu'il me disait que c'était ma faute [...] je me sentais mal, là, de voyons, pourquoi je suis pas capable d'être assidu [...] » (Q3)

Pour la participante 3, elle éprouve de la culpabilité face à sa propre difficulté d'adhérence au plan de traitement et à sa douleur chronique.

En somme, tous les participants présentent des croyances développées dans leur historique de traitement précédent ou par leur entourage.

Le tableau 5 recense les croyances rapportées par les participants.

Tableau 5. *Croyances rapportées par les participants*

Croyances
La persistance est corrélée à la gravité
Mes articulations peuvent sortir de leur axe sans raison
Mes options sont limitées
Une similarité de diagnostic implique une similarité de prise en charge
La guérison est impossible
Je/on me culpabilise, je me sens responsable

En somme, les participants présentent initialement plusieurs croyances influençant leur comportement, leur attitude et leur pronostic.

Effets de la communication sur les croyances.

Nos entretiens semi-dirigés démontrent que le discours du professionnel ainsi que son attitude permettent d'influencer les croyances du patient.

Lors de l'application de la pratique adaptée selon Rossetinni, le participant 1 réalise un contraste versus ses expériences antérieures de soin.

P1 : « C'est sûr que je réalise qu'on traitait beaucoup mon corps. Mais on m'expliquait pas vraiment quoi faire ou tsé comment régler ça. Un peu

comme si c'était externe à moi, une genre de condamnation tsé, que je peux rien faire. » (Q5)

Ce dernier critique également le fait qu'on ne stimulait pas son autonomie et son auto-efficacité.

En contrepartie, dans l'expérience ostéopathique, les participants ont tous rapporté une modulation de certaines croyances délétères.

P1 : « [...] je réalisais pas que c'était tant des inquiétudes, avant que tu me le fasses comme réaliser si on veut. Mais c'était là justement que tu sais dans tes questions t'es comme venu ouvrir une porte là dans mon esprit sur mes inquiétudes, mes craintes [...] » (Q6)

P2 : « [...] c'est sûr que t'es le premier à me dire que c'est pas la fin du monde donc j'ai trouvé ça encourageant. » (Q3)

P2 « [...] ça donne beaucoup de sens à ce que je ressens dans mon dos. Et je me sens comme engagé dans ma démarche là, parce que là je suis comme plus d'excuses parce qu'avant j'avais plein de fausses excuses je réalise. » (Q7)

P3 : « Ça change un peu ma vision là de mon corps [...] » (Q3)

Ces extraits démontrent l'amorce de la modification des schémas de pensées entamée par l'ostéopathe. Les participants démontrent de la satisfaction envers ce type de communication, comme mentionné par le participant 2 en augmentation la notion de sens perçu quant à sa condition.

De surcroît, la communication du professionnel diminue la culpabilité perçue par les participants quant à leur échec thérapeutique ou la persistance de leurs symptômes.

P1 : « Pis aussi avec tout ce que tu m'as expliqué je réalise que c'était pas de ma faute la pis que faut que j'arrête de me taper sur la tête tsé. » (Q8)

P1 : « juste de comprendre que mes vertèbres sont fixes ça m'enlève déjà un poids... mais dans le fond ça fait tellement de sens haha ! » (Q2)

P3 : « Fais que oui avec ça je réalise au final que je me culpabilisais par rapport au discours de mon chum c'est sûr » (Q3)

Cet accent sur l'éducation perçue de manière positive par les participants est d'ailleurs corroboré dans les données du questionnaire (figure 8). Les questions 5 et 6 portent sur la qualité des explications reçues en lien avec le traitement et les explications sur le plan de traitement à long terme. Tous les participants ont noté la réponse maximale, soit Excellent (figure 6).

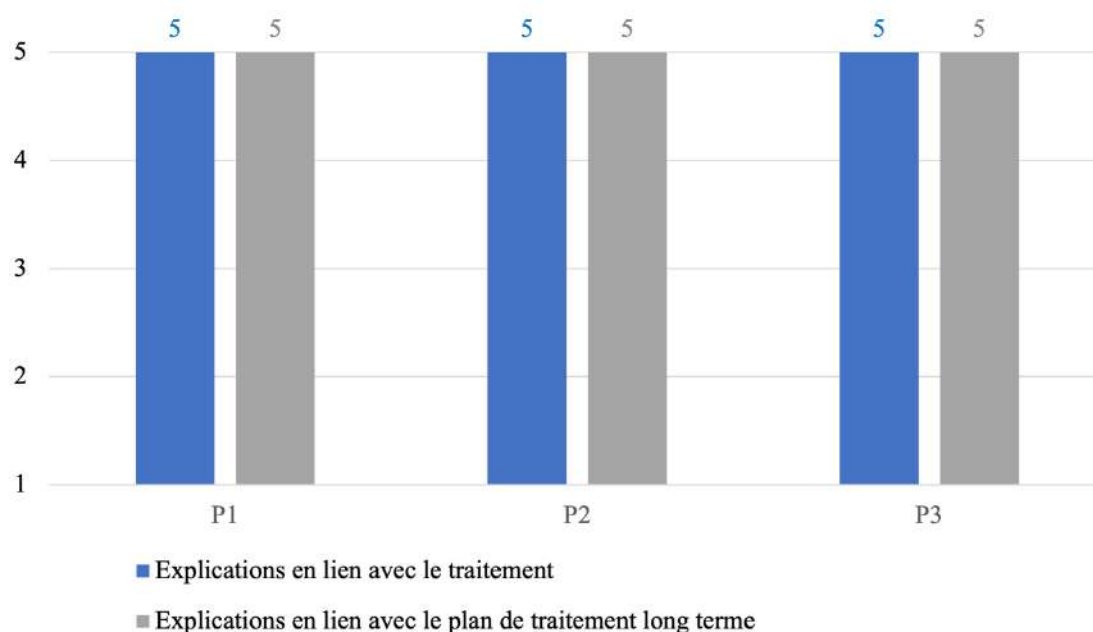


Figure 8. Réponses aux questions 5 et 6 : explications.

Légende : 1 = mauvais. 2 = adéquat. 3 = bon. 4 = très bon. 5 = excellent.

Question 5 : Explication en lien avec les procédures/traitements qui seront prodiguées durant la séance.

Question 6 : Qualité de l'information reçue à la fin du traitement concernant le futur.

Communication verbale

Le prochain sous-thème est la communication verbale. Le premier sous-thème est le choix des mots et le type de langage employé.

P1 : « [...] j'avais l'impression que t'avais toujours le bon mot toujours, une bonne écoute, une bonne oreille tsé je me suis quand même confié sur certains sujets [...] » (Q2)

P1 : « [...] dans les explications puis tu sais dans des termes que je peux comprendre [...] » (Q6)

P2 : « [...] tu me le vulgarisais puis tu t'assurais vraiment que je puisse comprendre. » (Q8)

Les participants décrivent apprécier le parler du praticien ostéopathe durant les séances. Ensuite, le deuxième sous-thème réfère au type de communication encourageante et rassurante du praticien. Les participants décrivent ressentir plus d'espoir envers leur condition ainsi qu'un sentiment de confiance augmentée.

P2 : « [...] j'ai comme retrouvé un peu d'espoir là parce que là tout ce que tu m'as dit ça m'a comme vraiment monté les attentes. » (Q2)

P2 : « [...] c'est sûr que t'es le premier à me dire que c'est pas la fin du monde donc j'ai trouvé ça encourageant. »

P3 : « Je me sens surtout plus confiante, de le bouger vraiment. » (Q2)

Au préalable, plusieurs participants avaient une vision très défavorable de l'évolution potentielle de leur condition.

P1 : « Je sens un peu que j'avais plus à rien perdre de toute façon. » (Q1)

P3 : « [...] je n'ai pas grand-chose à perdre. » (Q1)

Ensuite, le troisième sous-thème émergent est la communication centrée sur le patient. Les participants décrivent avoir une meilleure compréhension envers leur condition, leur diagnostic ainsi que leur objectif. Ils se sentent également davantage engagés et impliqués dans la prise en charge et le traitement ostéopathique. Cela rend le plan de traitement plus accessible et personnalisé à leur réalité.

P1 : « J'ai senti qu'on était plus orienté vers mes objectifs et pour reprendre tes mots ; la fonction. » (Q7)

P1 : « C'était vraiment hum personnalisé à moi, tu me demandes toujours mon avis pis tsé au début je te disais bin la c'est pas moi le pro c'est pas moi qui décide haha, mais ensuite tu m'expliquais le pourquoi. » (Q7)

P2 : « [...] ça fait du sens pour moi. » (Q2)

P2 : « [...] je viens de réaliser que comme tu me disais fallait pas être dans une vision binaire de ça marche ou ça ne marche pas et qu'il fallait y

aller avec de petits objectifs et petits changements. Donc en y repensant c'est sûr que ça va marcher [...] »

P2 : « Parce qu'on l'a vraiment fait ensemble, ça, j'ai aimé ça aussi la chaque étape tu me consultes et on est plus comme une équipe. » (Q2)

P2 : « [...] qu'on regarde qu'est-ce qui est possible selon mon horaire et emploi du temps. » (Q3)

P2 : « J'ai vraiment l'impression qu'on a un plan de match puis ça a du sens puis que tu m'expliques beaucoup de choses. » (Q6)

P2 : « [...] je te dis ah les exercices j'ai moins le temps la semaine. Donc tu m'as dit ok on va adapter ça, tu me posais des questions [...] » (Q6)

P2 : « lui il m'a pas donné le choix en fait. Puis toi quand tu me l'as demandé ; est-ce que tu veux faire des exercices ? [...] » (Q6)

P2 : « [...] sentir compris, ça donne beaucoup de sens à ce que je ressens dans mon dos. Et je me sens comme engagé dans ma démarche là [...] » (Q7) → déjà cité

P2 : « [...] ça me fait sentir vraiment impliquer dans le suivi la je veux vraiment régler tout ça. Ça l'a vraiment réveillé la motivation en moi de me prendre en main. » (Q7)

P2 : « Pis tu rapportais ça ensuite à ma propre expérience et m'expliquer vraiment en quoi c'est pertinent pour moi. Parce que moi je veux aller mieux donc je veux qu'on parle de chose qui s'applique à moi tsé. » (Q8)

P3 : « [...] j'ai trouvé ça accessible à ma réalité [...] » (Q2)

P3 : « [...] je me sens prise en charge là, comprise, tu sais, j'ai senti que on avait un qu'on s'en allait quelque part puis, tu sais, ça m'a redonné aussi beaucoup de peut-être espoir [...] » (Q7)

Cette communication centrée sur le patient inclut également une proportion importante de questions ouvertes vers le patient afin de le placer au premier plan des soins ostéopathiques. Les participants décrivent qu'ils apprécient ce style. Ils perçoivent un bénéfice à se questionner sur leurs croyances, leurs objectifs, leurs discours ainsi que leurs comportements. En effet, les

participants ressentent un bénéfice lorsque le praticien effectue des techniques de reflets ou de reformulation.

P1 : « tu me laissais le temps de de de de parler puis de tout te dire ce que j'avais à dire puis tu me posais toujours les bonnes questions-là me remettre un peu en question. » (Q8)

P1 : « tu me disais est-ce ce que t'as bien compris ? [...] peux-tu me l'expliquer dans tes mots ce qu'on vient de discuter ? » (Q8)

P2 : « Tu m'as fait beaucoup réfléchir aussi, t'as toujours comme la bonne question pour me challenger pis t'es pas contre moi là, je sens que tu me poses des questions un peu pour que la réponse vienne de moi et que je réfléchisse. Puis ensuite tu reprends mon idée justement pour rebondir dessus puis tsé on n'a jamais été en confrontation, t'es toujours avec moi puis je t'ai trouvé beaucoup en mode solution si on peut dire. » (Q8)

P2 : « Ça m'a amené à revoir beaucoup de croyances que j'avais. Même un peu philosophique des fois avec tes questions sur le sens de la douleur haha !! Mais c'est bon parce que ça m'a vraiment fait réfléchir et changer mon *mindset*. » (Q8)

P3 : « Juste tsé comment moi je vois mon corps, et ça a beaucoup changé ma perception de mon corps. » (Q1)

P3 : « Tu as pris le temps que l'on regarde un programme de retour. [...] puis que t'as pris le temps de faire un programme de A à Z avec moi, puis de m'expliquer le pourquoi de le programme était comme ça, puis que pourquoi faire faudrait que je fasse ça, puis que en t'assurant tu sais que ça fitte avec mon horaire [...] » (Q2)

P3 : « [...] c'est vraiment ce qui m'a un peu ouvert une porte sur la douleur tout ça, tu t'exprimes vraiment clairement, tu m'inclus, me pose des questions, ça fait réfléchir. » (Q8)

D'ailleurs, c'est un élément qui est ressorti lors de la question de métacognition à la fin de l'entretien semi-directif avec le participant 1.

P1 : « Ben je trouve ça le *fun*, je trouve ça bénéfique, j'ai l'impression que ça ma refait réaliser certaine chose, tsé juste d'en reparler c'est un peu, tsé je suis déjà aller chez le psy dans le passé et c'est un peu ça tsé tu réfléchis, tu repenses à ce qu'on a dit, j'ai l'impression que de faire

l'entrevue ça me refait réfléchir et peut-être intégrer tout ça davantage donc c'est sur que je vais mettre en conseil ce que tu m'as dit. » (Q10)

Également, l'espace laissé au silence dans les consultations a été apprécié par le participant 2 qui fait la comparaison avec d'autres styles de communications.

P2 : « Mais tsé tu laisses de la place versus un vendeur qui ferait juste parler. » (Q8)

Ce style de communication favorise également l'autonomisation de la personne, tel que rapporté par le participant 2. Ce qui est perçu comme un atout pour ce dernier.

P2 : « J'ai l'impression aussi quasiment que si je me faisais mal une prochaine blessure je serais capable tu sais moi même de me gérer haha ! » (Q6)

Ainsi, la communication verbale dans un langage simple, similaire à celui du patient et centrée sur ce dernier stimule la satisfaction chez les patients.

Communication non verbale

Le troisième sous-thème principal de la **communication** est le **non verbal**. Plusieurs participants ont exprimé certains points positifs quant à la dynamique non verbale du praticien.

P1 : « Tu es très englobant on le ressent [...] t'avais même pas d'ordi fait que déjà ça c'était une grosse différence au niveau de la présence et de l'intérêt tsé qui s'en dégage. (Q8)

Le premier participant dénote l'absence d'ordinateur et ressent un intérêt décuplé de la part du professionnel. À noter que le professionnel a fait ce choix afin de se positionner dans un angle de 45 degrés vers le patient et de pouvoir conserver un contact visuel la majorité du temps. Cette observation a été corroborée par le participant 3.

P3 « Tandis que toi tsé je te sens toujours là, tu me regardes, t'es là tsé. » (Q2)

Ce participant renchérit sur le non verbal en exprimant son appréciation du timbre de la voix du praticien, de son attitude générale ainsi que du lieu de pratique.

P3 « Tu es assez *smooth* là aussi tu parles pas fort. Fais que combiné à la petite musique relaxante et l'ambiance c'est bien agréable. Juste ça ça m'apaise haha ! On dirait que ça fait partie de l'expérience, là, je crois que ça semble être ta façon d'être ou du moins ce que tu veux transposer ici. J'étais déjà allé dans une clinique plus aérée ouverte pis c'était pas mal moins relaxant, là. T'as vraiment une belle énergie pis c'est toujours clair. » (Q8)

Cet extrait corrobore la perception générale des participants dans leur réponse au questionnaire face à l'ambiance et au confort de la salle de soin (figure 9). Ces derniers ont tous qualifié le confort de la salle de traitement d'excellent (P1,P2,P3) ainsi que de très bon l'ambiance de la salle de soin (P1,P2,P3).

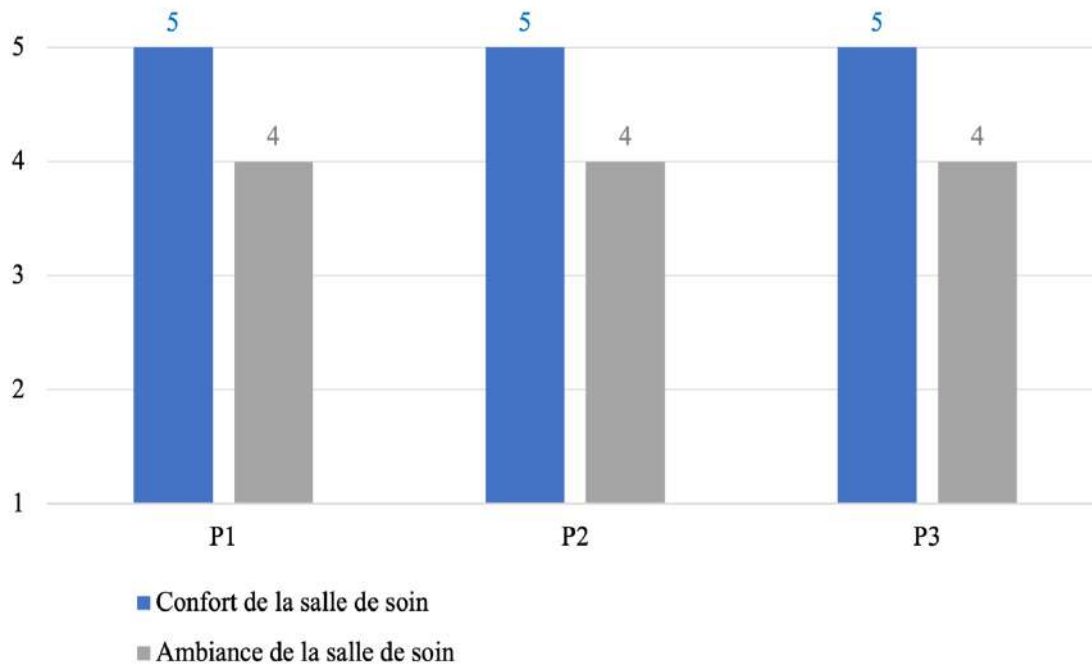


Figure 9. Réponses aux questions 11 et 12 : confort et ambiance.

Légende : 1 = mauvais. 2 = adéquat. 3 = bon. 4 = très bon. 5 = excellent.

Question 11 : Confort de la salle de soin.

Question 12 : Calme et ambiance relaxante de la salle de soin.

Ces réponses du questionnaire démontrent l'appréciation des participants pour le confort et l'ambiance de la salle de soin.

En ce sens, la communication non verbale est un élément important pour les participants dans leur appréciation des séances. Les points principaux sont l'empathie et le contact visuel.

Relation thérapeutique

Le troisième thème principal réfère à la **relation thérapeutique** développée dans le **contexte ostéopathique**. En premier lieu, cela réfère davantage aux caractéristiques de l'ostéopathe et ce qui a trait à sa personne. Cela inclut son attitude et son expertise. Les participants relèvent avoir ressenti un niveau élevé d'écoute, d'empathie ainsi que de professionnalisme. Les participants décrivent s'être sentis compris. De surcroît, tous les participants rapportent également avoir ressenti un niveau élevé d'intérêt du professionnel et l'impression qu'il souhaite les aider. Ce dernier point s'entrecroise également avec les notions de communication non verbale puisque c'est quelque chose de très subjectifs perçus par les participants.

P1 : « [...] je sentais vraiment une expertise et un désir d'aider. » (Q3)

P1 : « [...] je me suis senti compris là [...] » (Q7)

P2 : « [...] vraiment l'impression que c'était professionnel, tu sais t'as été là avec moi, beaucoup d'écoute aussi [...] » (Q1)

P2 : « Je t'ai trouvé très attentionné aussi et que tu portais une attention aux détails. C'est comme si tu étais un peu un détective pis que tu veux vraiment t'assurer que tout soit clair et maîtrisé de mon côté. » (Q6)

P3 : « [...] j'étais surpris d'à quel point tu t'intéressais à ma psychologie, mon travail, mon quotidien, euh, mes pensées tout ça la. » (Q1)

P3 : « Je voyais que tu étais très très intéressé, et que tu étais aussi très intéressant dans ce que tu m'expliquais, et comment tu parlais, mais très intéressé, curieux. Puis je sentais que t'avais vraiment le goût que ça se règle, et que t'étais motivé, et que tu voulais régler le problème, et tu sais, ce qui n'est pas toujours le cas [...] » (Q2)

P3 : « [...] ce que j'ai ressenti, c'était beaucoup d'écoute, beaucoup d'attention, tu sais, c'est sûr que t'étais très présent. Je te sentais pas distrait ou que tu t'emmerdais. » (Q2)

P3 : « [...] t'étais vraiment à l'écoute et professionnel ça m'a mis à l'aise rapidement. » (Q2)

P3 : « [...] le côté humain surtout là. T'as vraiment pris le temps de faire une évaluation globale [...] » (Q2)

P3 : « C'était plus vraiment le contexte, je dirais, un peu ton attitude, le fait que tu t'expliques beaucoup, mais pas trop, c'est des choses qui étaient pertinentes, fait que c'est sûr que ça, c'est vraiment ce qui fait la différence [...] » (Q3)

P3 : « [...] je t'ai trouvé super à l'écoute, sympathique, donc, c'est sûr que, non non, j'ai confiance totale. » (Q6)

P3 : « [...] j'avais l'impression de sentir que t'avais beaucoup d'expérience, puis même si tu m'as posé plein de questions et comme eu l'impression que t'as ciblé rapidement le problème, puis c'est vraiment une vision globale, fait que, non non, j'ai été impressionné [...] » (Q6)

Ces remarques sont corroborées par le questionnaire. Trois questions abordent principalement ce volet (figure 10). La première est sur la capacité du professionnel à mettre le patient à l'aise et le rassurer. Les participants ont qualifié cette capacité d'excellente (P1,P3) et de très bonne (P2). La deuxième est sur le sentiment de sécurité perçue durant le traitement. Les participants décrivent se sentiment d'excellent (P2 et P3) ou de très bon (P1). La troisième est sur la personnalisation du soin et l'adaptabilité de celui-ci. Les participants décrivent cela d'excellent (P2) à très bon (P1 et P3).

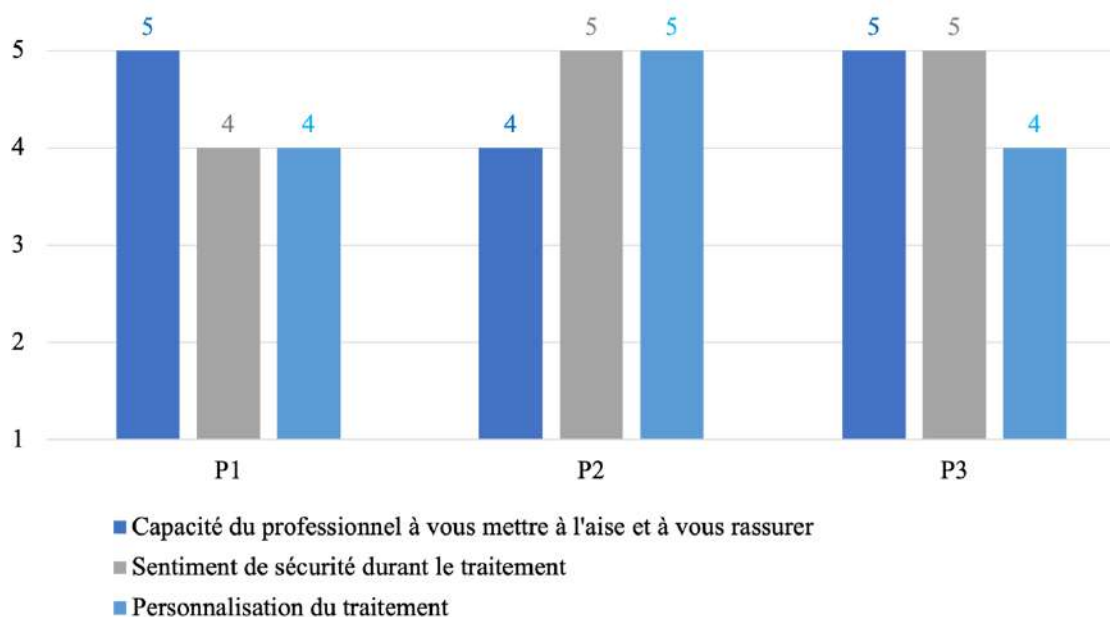


Figure 10. Réponses aux questions 4, 7 et 8 : réassurance, sécurité et personnalisation.

Légende : 1 = mauvais. 2 = adéquat. 3 = bon. 4 = très bon. 5 = excellent.

Question 4 : Capacité du professionnel à vous mettre à l'aise et vous rassurer

Question 7 : Sentiment de sécurité durant la séance

Question 8 : Degré auquel le traitement est adapté à votre problématique

En effet, les participants rapportent avoir perçu le côté humain du praticien ainsi que de s'être senti écouté et à l'aise rapidement. L'empathie du professionnel leur a permis de les mettre en confiance rapidement. Par la suite, les participants expriment même s'être sentis assez bien pour se confier et discuter d'événements plus personnels à leur vie privée.

P2 : « J'ai l'impression que je pourrais te parler de plus de choses et que ça t'intéresserait pour vrai. » (Q1)

P3 : « [...] on a parlé des affaires un petit peu plus dans ma vie personnelle tout ça. » (Q7)

P3 : « Je disais que je te trouvais très très empathique, tu sais, je te sentais empathique dans la situation et intéressé, puis que tu t'essayais de comprendre. J'ai senti beaucoup d'intérêt en général de ta part. » (Q8)

En deuxième lieu, la relation thérapeutique ostéopathique est influencée par les **caractéristiques du milieu de soin**. La participante 3 a exprimé un commentaire négatif quant à son expérience sur les lieux de soins.

P3 : « [...] la première fois que je suis venu à la clinique, tu sais, que j'ai eu un peu de misère à trouver le lieu là, ça, j'ai moins aimé on en a parlé même haha ! » (Q6)

Cette expérience se perçoit également dans sa cotation du questionnaire à la figure 11. En effet, les participants 1 et 2 ont dénoté les indications pour se rendre à la clinique Excellent. Tandis que la participante 3 a répondu Mauvais au questionnaire. Tous les participants ont noté l'accessibilité des lieux Excellent (P1,P2,P3).

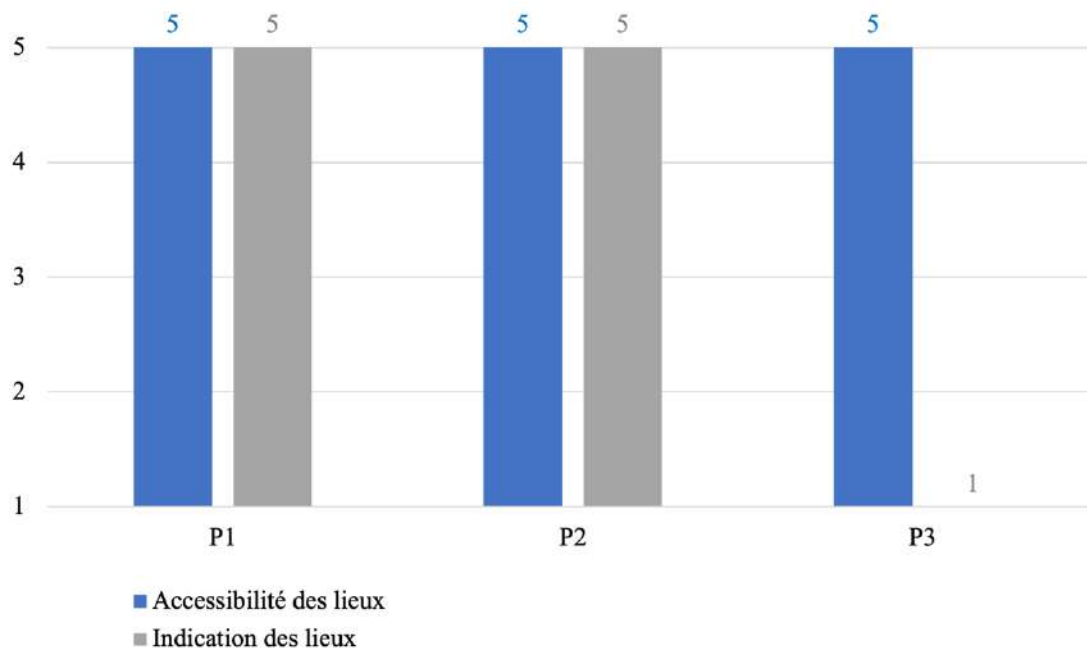


Figure 11. Réponses aux questions 9 et 10 : accessibilité et indications.
 Légende : 1 = mauvais. 2 = adéquat. 3 = bon. 4 = très bon. 5 = excellent.
 Question 9 : Facilité d'accès au lieu.
 Question 10 : Indications pour se rendre à la clinique.

Par contre, son avis a été rapidement modifié lorsqu'elle a finalement trouvé la clinique. La salle de traitement lui inspirait la confiance. Ce sentiment de confiance est partagé par le participant 1.

P3 : « [...] une fois que j'étais dans le bureau, tu sais, je voyais les diplômes tout ça, c'est super beau, super propre, c'était vraiment bien rangé tout ça, un beau local à côté de chez nous en plus, donc, c'est sûr que j'étais en confiance dès le début. » (Q6)

P1 : « Tout de suite j'étais en confiance la belle clinique avec grande fenêtre ça fait propre. » (Q1)

Également, la ponctualité a été mentionnée par le participant 3. Ce dernier perçoit cet aspect comme un élément agréable dans sa prise en charge ostéopathique.

P3 : « Tu viens me chercher à l'heure. Premièrement, j'aime ça ponctuel, c'est toujours le *fun*. » (Q2)

En somme, la relation thérapeutique est importante pour que les participants soient satisfaits des séances d'ostéopathies.

Ostéopathie

Ensuite, de manière secondaire, les participants ont reflété quant **aux techniques ostéopathiques**. Dans un premier temps, les participants décrivent ce qui leur semble être un examen ostéopathie complet et fastidieux.

P3 : « Tu as vraiment fait un bon tour d'évaluation, tu faisais pas mal de tests. » (Q1)

Dans un deuxième temps, la verbalisation de la réalisation de ces techniques a été perçue très respectueuse par les participants.

P2 : « Versus toi tu valides quelques fois dans la séance s'assurer que tout va bien donc j'ai vraiment aimé ça aussi tsé le respect est là. » (Q6)

P3 : « Puis, tu sais, même avant que tu m'as demandé mon consentement pour me toucher, ça m'a marqué là, l'autre séance. » (Q8)

Ces remarques corroborent également la question 7 du questionnaire en lien avec le sentiment de sécurité. Le consentement et le fait de revalider durant la séance auprès du patient si tout se passe bien permettent de maintenir le sentiment de sécurité chez les patients. Dernièrement, les techniques de façon générales ont apporté un état de bien-être au participant. Les participants décrivent qu'ils apprécient le toucher ostéopathique.

P3 : « Pour les techniques d'ostéo j'ai été bien satisfaite aussi la c'était pas mal relaxant. Je me sentais bien en sortant à chaque fois. J'ai trouvé aussi que ça avait l'air rigoureux. » (Q1)

P3 : « J'ai aussi trouvé les techniques très confortables, tu t'assurais toujours que je sois confortable, me mettre un oreiller et ce genre de truc. » (Q2)

P3 : « Et au niveau des techniques j'ai beaucoup aimé aussi. C'est toujours dans le confort. » (Q2)

P3 : « Même le toucher, c'était toujours très délicat. » (Q8)

En somme, les participants apprécient particulièrement le confort, la sécurité et la prise de consentement dans la réalisation des techniques ostéopathiques.

Données quantitatives supplémentaires

Le questionnaire comporte des questions sur certains sujets non discutés dans les entretiens semi-directifs. Le questionnaire questionne sur les procédures administratives ainsi que le processus de prise de rendez-vous et le délai afin d'obtenir une séance. Ces résultats sont présentés à la figure 12. Les participants ont décrit la facilité procédures administratives d'excellente (P1,P3) ou de très bon (P2). Ces derniers ont décrit la prise de rendez-vous et le délai associé d'excellent (P1, P2) ou de bon (P3).

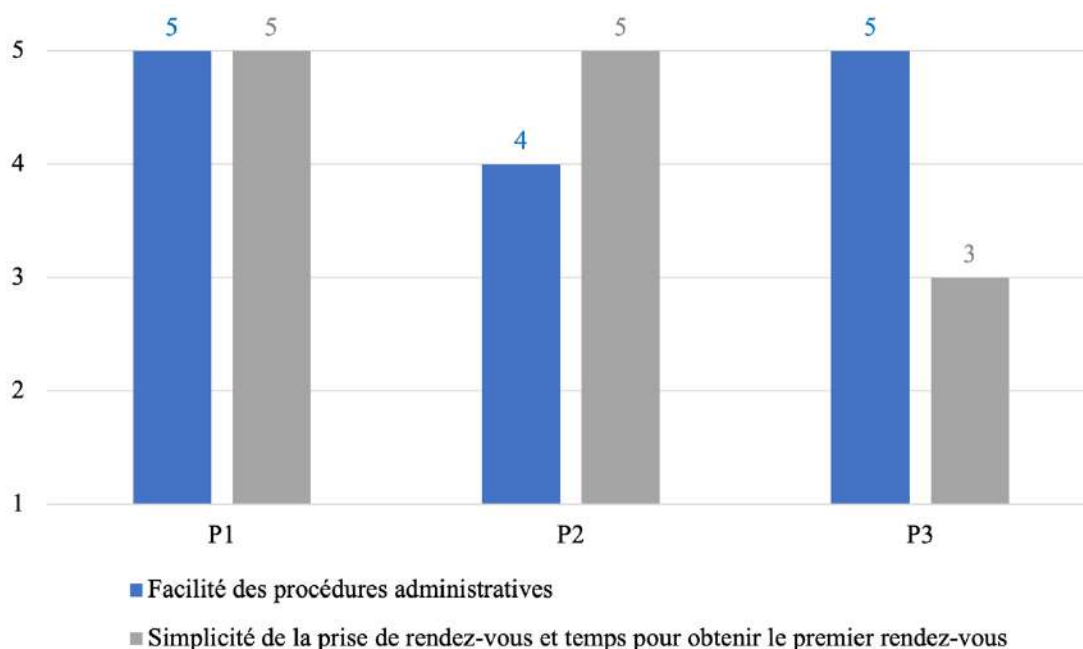


Figure 12. Réponses aux questions 1 et 3 : pré-rendez-vous.

Légende : 1 = mauvais. 2 = adéquat. 3 = bon. 4 = très bon. 5 = excellent.

Question 1 : Facilité des procédures administratives et de l'admission.

Question 3 : Simplicité de la prise de rendez-vous et délai pour obtenir un rendez-vous.

En effet, la participante 3 jugeait bon un délai d'environ une douzaine de jours pour obtenir le premier rendez-vous. Les autres participants ont obtenu un rendez-vous dans la même semaine que la prise de contact.

Synthèse des résultats

En somme, les résultats convergent vers une satisfaction générale des participants. C'est ce qui se dégage de manière générale des entretiens semi-dirigés. Cette impression est corrélée avec les données du questionnaire présentées à la figure 13. Deux questions sur le sujet ont pour but de quantifier la satisfaction générale et la probabilité que la personne recommande la clinique à autrui. Tous les participants ont noté Excellent (P1, P2, P3) aux deux questions.

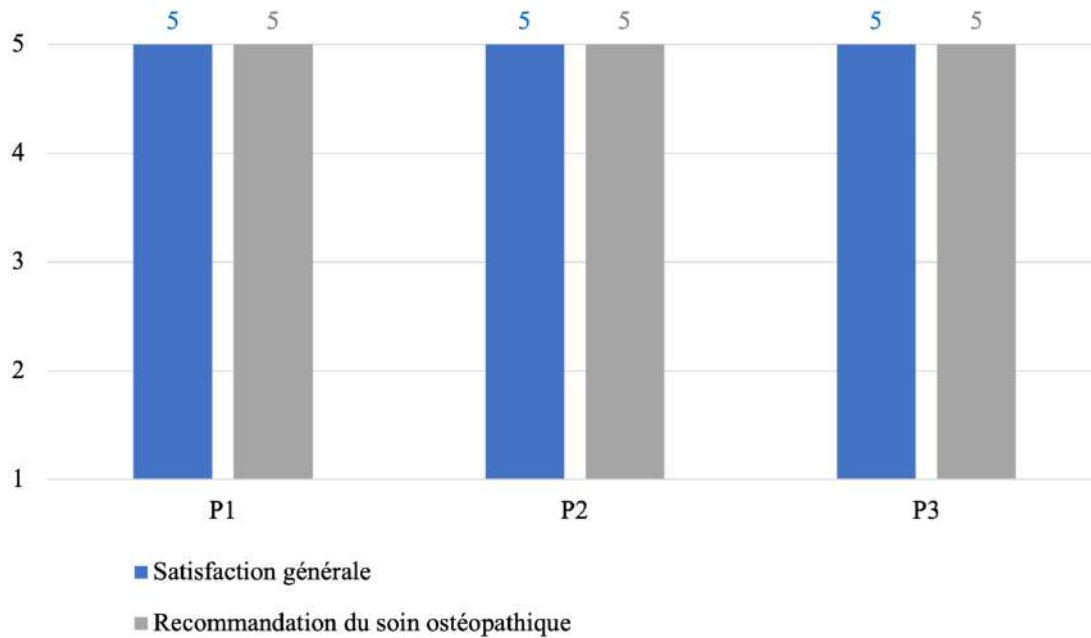


Figure 13. Réponses aux questions 13 et 14 : satisfaction et recommandation.

Question 13 : Vos séances d'ostéopathie en général — Légende : 1 = mauvais. 2 = adéquat. 3 = bon. 4 = très bon. 5 = excellent.

Question 14 : Recommanderiez-vous cette clinique à votre entourage ? — Légende : 1 = certainement pas. 2 = probablement pas. 3 = incertain. 4 = Oui, probablement. 5 = Oui, certainement.

D'ailleurs, plusieurs participants ont mentionné vouloir référer des connaissances pour qu'ils reçoivent des soins ostéopathiques. Les participants ont exprimé cette envie de référencement lorsque l'entretien allait se terminer et s'ils avaient d'autres commentaires ou remarques à ajouter.

P1 : « [...] j'ai essayé de te référer plein de gens là justement [...] » (Q9)

P2 : « [...] je vais t'envoyer du monde c'est sûr si ça devrait être plus connu votre affaire là [...] » (Q9)

Dans cette même séquence, ils tenaient tous à souligner leur reconnaissance et réitérer leur satisfaction générale.

P1 : « Ah ben de mon côté juste du positif [...] » (Q9)

P2 : « Je suis bien content à date. J'ai aimé beaucoup mon expérience [...] » (Q9)

P3 : « Donc, moi, je suis bien contente [...] » (Q9)

Les résultats comptabilisés du questionnaire vont également dans ce sens (tableau 6).

Tableau 6. *Regroupement des réponses des 3 participants au questionnaire*

Réponse	Excellent/Oui, certainement	Très bon	Bon	Adéquat	Mauvais
P1	10	3	0	0	0
P2	10	3	0	0	0
P3	9	2	1	0	1

La moyenne des résultats démontre une satisfaction élevée des participants.

- 74 % des réponses ont obtenu le score Excellent/Oui, certainement.
- 20 % des réponses ont obtenu le score Très bon.
- 2 % des réponses ont obtenu le score Bon.
- 0 % des réponses ont obtenu le score Adéquat.
- 2 % des réponses ont obtenu le score Mauvais.

Le participant 3 a donné le score Bon à la question en lien avec le délai pour obtenir le premier rendez-vous. Cette participante a obtenu un rendez-vous 13 jours suite à la prise de contact.

Le participant 3 a donné le score Mauvais à la question en lien avec les indications pour se rendre à la clinique. Comme décrit dans ses extraits présentés plus tôt, la participante a eu de la difficulté à trouver le local exact dans l'immeuble, ce qui explique le score.

En somme, les résultats démontrent un haut niveau de satisfaction dans la prise en charge misant sur la communication selon le modèle de Rossetini.

DISCUSSION

Cette section a pour objectif de commenter les éléments marquants des résultats en plus de les positionner en perspective avec la contextualisation présentée ainsi que de soulever quelques réflexions quant aux résultats. Enfin, les forces, les limites seront discutées ainsi que l'implication pour la recherche future.

Temps

Premièrement, il y a un écart quant à notre arbre conceptuel anticipé versus obtenu. Le thème du temps n'était pas quelque chose auquel nous nous attendions forcément. Par contre, l'importance du temps est documentée. En effet, Consorti et coll. (2020) ont exploré ce qui détermine l'efficacité du traitement ostéopathique selon le point de vue du patient. Les résultats ont démontré l'importance du temps pour les patients quant à leur appréciation. Ces derniers aiment le rythme lent et avoir suffisamment de temps dans les séances. Ces résultats vont dans le même sens que ce qui a été rapporté par nos participants. Diminuer les contraintes reliées au temps permet de changer la dynamique du point de vue du patient. Cela ouvre également la discussion sur la durée optimale d'une séance. Les participants semblent démontrer avoir eu des expériences de soin médical trop courtes. Cependant, ils ne plaçaient pas la même critique pour des séances de physiothérapie ou de chiropraxie. D'ordre général, ces séances ont des durées plus longues que la profession médicale. Pour le professionnel, la durée allongée permet justement d'appliquer les recommandations quant aux questions ouvertes et d'évaluer la sphère psychosociale. C'est peut-être plus rapide d'évaluer une plainte telle qu'un mal de dos selon un modèle biomédical à l'aide de question directe et fermée. Lorsque le praticien contrôle la discussion, il peut y avoir une économie de temps. Cette problématique est ancrée puisque malgré que plusieurs praticiens sont favorables à ce type de modèle, ils ont également ont la croyance que le temps limite l'application clinique de ces recommandations (Riess et Kraft-Todd, 2014). Au final, cette économie de temps se fait potentiellement au détriment de la qualité du soin et de la relation thérapeutique. En ce sens, nos résultats démontrent qu'un élément de satisfaction pour le patient est le temps. Selon nos résultats, le patient éprouve de la satisfaction

lorsque le thérapeute réalise un historique approfondi de son dossier, évalue de façon rigoureuse sa plainte, explique les techniques employées, explique le plan traitement à long terme, détermine de façon collaborative le traitement, s'intéresse aux facteurs psychosociaux ainsi qu'il adopte un discours positif, rassurant et empathique lors de tous les échanges. Tous ces éléments sont subjectifs d'un point de vue du patient quant au temps nécessaire pour effectuer ces éléments. Ainsi, la durée optimale pour chaque étape ou la durée optimale de la séance est encore incertaine. Ces recommandations rappellent les points clés du cadre de Rossetinni quant à la communication.

Satisfaction

Données quantitatives

Le questionnaire multimodal de la satisfaction en physiothérapie corrobore dans l'ensemble les données recueillies par les entretiens semi-dirigés. Effectivement, 94 % des réponses ont obtenu le score Très bon ou Bon. Cela témoigne une satisfaction élevée quant à leur expérience. Le seul élément ayant reçu un score négatif est quant à l'emplacement de la clinique et les directions pour s'y rendre. Cela témoigne tout de même que les professionnels doivent porter attention aux communications pré-rencontre afin de s'assurer que l'entièreté de la démarche du patient soit agréable. En contrepartie, nous n'avons pas de donnée quant à la satisfaction habituelle de ses patients dans leur expérience de soin, donc il est impossible de définir s'ils sont davantage satisfaits dans ce cas précis que lors de leurs visites préalables.

Données qualitatives

Sur le plan qualitatif, les participants nomment tous explicitement être très satisfait de leur expérience en ostéopathie. Ces derniers sont particulièrement satisfaits de la prise en charge offerte par le thérapeute. Lorsque les participants sont questionnés sur ce qui leur semble être distinctif dans l'intervention, ils ne mentionnent pas les techniques manuelles ostéopathiques. En effet, ces derniers mentionnent plutôt les éléments répertoriés dans le cadre conceptuel de Rossetinni. Ils décrivent avoir apprécié autant la communication verbale que le volet non verbal. Cela rappelle l'importance des deux plans de la communication et corrobore ce qui est décrit dans la littérature scientifique. Le contact visuel est un élément qui est redondant dans le

discours des participants. Cela rappelle l'impact de la communication non verbale chez les participants. Les éléments principaux qui ont suscité la satisfaction sont dans la communication thérapeutique du professionnel. Ceux-ci sont organisés autour de :

- Éducation,
- Langage,
- Centrée sur le patient,
- Non verbale,
- Relation thérapeutique.

L'éducation du thérapeute envers les patients est appréciée par ces derniers. Les participants apprécient la communication et les explications du thérapeute. Ces résultats sont en ligne avec la littérature scientifique. Les participants n'étaient pas habitués à recevoir autant d'explications, ce qui démontre le manque d'éducation soulignée également dans la littérature scientifique. Les participants sont intéressés et apprécient comprendre le phénomène de la douleur ainsi que le fonctionnement de leur corps. Cette éducation sur la douleur les aide par la suite à modifier leurs croyances et adhérer aux recommandations du professionnel.

Le type de langage est un élément pertinent pour les participants. Ces derniers ont trouvé très agréables les formulations et les explications du thérapeute puisqu'ils étaient en mesure de le comprendre. Le choix des mots simple et efficace est un élément notable pour eux.

La communication centrée sur le patient a été un élément marquant pour les participants. Le professionnel a effectué de nombreuses reformulations, questions ouvertes et il a priorisé une prise en compte d'un processus décisionnel partagé quant à la formation d'objectifs. Ainsi, les patients mentionnent tous vouloir adhérer à leur plan de traitement et se sentir motivés, encouragés et déterminés à atteindre leur objectif. Cela stimule définitivement leur autonomie et leur engagement dans la démarche thérapeutique.

La communication non verbale a été soulignée par tous les participants. Comme décrit dans la littérature scientifique, le contact visuel est un point majeur dans la création de la relation thérapeutique. Cela permet de démontrer la sincérité, l'engagement et la compréhension du

thérapeute. Tous les participants rapportent avoir senti le thérapeute ouvert, présent et englobant via sa communication non verbale.

La relation thérapeutique de manière générale est quelque chose d'important pour les participants. Ils ont été à l'aise de se confier sur des aspects personnels de leur vie, ce qui témoigne de la confiance développée envers le professionnel. De plus, ils l'ont senti disponible, accueillant et à l'écoute. Ils se sont également sentis en sécurité durant tout le processus. Ces éléments sont essentiels à la formation d'une alliance thérapeutique forte.

La satisfaction a déjà été mesurée dans d'autres études du domaine ostéopathique. En effet, dans un sondage chez la clientèle consultant en ostéopathie au R.-U., la satisfaction avoisine les 90 % lorsque mesurée une semaine suite au traitement. En contrepartie, seulement 3 % des personnes se qualifiaient de complètement rétablis et près de 50 % décrivaient une amélioration notable (Fawkes and Carnes, 2021). Ces résultats sont dans la même lignée que les nôtres. Qu'est-ce qui explique l'écart entre la satisfaction et le résultat ? En effet, Strut et coll. (2007) ont tenté de comprendre le phénomène complexe de la satisfaction dans un contexte ostéopathique. Ceux-ci ont découvert que la clientèle considère un large spectre d'éléments. En effet, dans cette étude qualitative, les patients ressentent effectivement de la satisfaction quant au résultat associé à la plainte initiale. Cela inclut le volet douleur ainsi que la fonction. Par contre, ils évaluent tout ce qui a trait à la relation thérapeutique et la prise en charge. Ces quatre thèmes sont regroupés via l'espoir, la communication, le respect et la confiance. Ainsi, il est attendu que nos participants se décrivent satisfaits puisque ces quatre thèmes ont tous été des éléments marquants dans leur prise en charge. Que se passe-t-il avec la clientèle non satisfaite ? Ces derniers décrivent un manque de résultat quant à leur plainte initiale, un manque de clarté dans le diagnostic et le plan de traitement ainsi que des traitements qui ne concordaient pas avec leurs attentes. En ce sens, la justification de leur non-satisfaction témoigne du rôle crucial de la communication. Le manque de clarté démontre une problématique dans la communication du professionnel. Ce dernier doit s'assurer de la compréhension du patient. Les traitements qui ne concordent pas avec leur attente démontrent également une problématique dans la communication du professionnel. En effet, ce dernier devrait explorer les attentes, les besoins et les objectifs du patient afin de formuler un plan de traitement collaboratif.

En effet, nos résultats corroborent ce qui a déjà été étudié dans le domaine de la satisfaction en misant davantage sur le volet de la communication. De ce fait, notre échantillonnage a résulté en un degré de satisfaction élevé en adressant tous les enjeux qui pouvaient découler de la non-satisfaction des patients selon Strut et coll. (2007). En ce sens, puisque la satisfaction était déjà élevée dans la prise en charge ostéopathique dans bien des cas, il est intéressant de voir que l'application de ce modèle conserve un niveau de satisfaction équivalent. Ainsi, si ce modèle permet d'optimiser les effets contextuels en plus de conserver un niveau de satisfaction similaire à ce qui a déjà été mesuré, cela démontre une certaine transférabilité et applicabilité dans la pratique ostéopathique.

Croyances

Un point majeur découlant des entretiens est les croyances des participants. Ce n'est pas une révélation en soi, des mythes persistants quant à la thérapie manuelle, les vertèbres qui se déplacent, la thérapie crânienne et viscérale sont toujours d'actualité (L'Hermite, 2024). Cependant, les entretiens démontrent que d'adresser ses croyances est possible sans forcément nuire à l'alliance thérapeutique. Adresser ces croyances peut être complexe pour le professionnel. En effet, notre recension des écrits nous amène à croire qu'il faut être collaboratif avec le patient et son bagage de croyance. L'ambiguïté et l'individualisation de ce concept peut pousser les professionnels à ne pas tenter de désamorcer certaines croyances de peur de briser l'alliance thérapeutique, vexer le client et ultimement que ce dernier ne revienne pas. Il y a un contexte financier qui peut influencer le comportement du thérapeute. Par contre, dans ce cas-ci, le thérapeute a soulevé ces croyances dès la première rencontre et la satisfaction des patients est demeurée excellente. C'est un constat qui témoigne aussi du moment auquel ses croyances devraient être abordées. Nos résultats proposent qu'il soit possible de moduler les croyances du patient tout en bâtissant une alliance thérapeutique forte dans le contexte ostéopathique, et ce dès les premières rencontres. La communication centrée sur le patient permet d'être collaboratif avec le patient dans le changement de ses pensées. Cette méthode fut appréciée par les patients, en plus d'être bénéfique dans leur prise en charge. D'ailleurs, cela représente un défi quant à l'application d'un cadre théorique spécifique dans un contexte humain et individualisé. Chaque cas demande d'être adapté selon le jugement du professionnel, ce qui influencera beaucoup la perception et la satisfaction du client.

Discutons maintenant de façons plus spécifiques de ses croyances. C'est un point abordé dans le cadre de Rossettinni, section B, soit les caractéristiques du patient. Ces caractéristiques comprennent ses croyances et son attitude face au soin, à son corps et à ses attentes. En effet, tous nos participants présentent des attitudes d'inquiétudes, de crainte, de pensées catastrophiques ou de kinésiophobie à certaines intensités. Ces derniers souffrent de l'influence de discours d'anciens professionnels pouvant dater de plusieurs années. En effet, Darlow et coll. (2013) ont démontré que la communication des professionnels est souvent interprétée de façon à ce qu'ils doivent protéger leur corps. C'est également ce que rapporte Hohenschurz-Schmidt et coll. (2022) dans leur recommandation sur les manières de minimiser les réponses nocebo. Selon eux, les discours traditionnellement employés dans les thérapies manuelles apportent ces attitudes d'évitement, de déconditionnement et de crainte. À l'inverse, le professionnel doit comprendre le modèle cognitivo-comportemental de la douleur (Vlayen et Linton, 2002) pour susciter la réflexion chez les participants. Nos résultats stipulent que les participants apprécient se questionner et se remettre en question. Ils y perçoivent une valeur ajoutée et sont satisfaits lorsque le professionnel réfléchit dans une perspective biopsychosociale. Ils ont tous apprécié l'expérience de réflexion et les questions ouvertes soulevées par le thérapeute. Cela démontre que de centrer la relation sur le patient permet de stimuler son auto-efficacité et la satisfaction.

Douleur

Le volet douleur est un résultat intéressant des entretiens semi-dirigés. Initialement, tous les participants se sont présentés dans le but de réduire une douleur chronique. Nous avons supposé obtenir une réduction des symptômes associés à la plainte. Puisque nous avons performé seulement deux séances, nous ne nous attendions pas à une réduction totale ou significative des symptômes, cependant, nous n'avons eu que très peu ou pas de résultats sur ce volet. Nous n'avons pas standardisé ces résultats à l'aide de questionnaire puisque ce n'était pas l'objectif du projet. En contrepartie, les patients se décrivent tous étant très satisfaits des soins reçus. Cela concorde avec les résultats obtenus par Rossettinni quant à ce modèle théorique. En effet, si les patients ont une expérience positive malgré que leur plainte ou motif de consultation ne soit pas réglé, cela suppose une potentielle efficacité de ses recommandations quant à l'impact sur la satisfaction. En ce sens, malgré que le patient se présente en ayant pour objectif de diminuer sa douleur, nos résultats démontrent que le contexte de soin influence

potentiellement davantage sa satisfaction. Les patients ont rapporté ressentir de l'espoir, des encouragements, du support de la part du professionnel, ce qui est pour eux quelque chose d'appréciable et qui stimule la satisfaction.

Alors, cela soulève la réflexion quant à la communication thérapeutique. Si la résorption de la plainte initiale n'est pas le seul critère à considérer dans la satisfaction du patient ; pourquoi tenir un discours mécanistique alors que ce type de discours présentent des risques de susciter une réponse nocebo pour le patient (Hohenschurz-Schmidt et coll., 2022). En effet, les thérapeutes peuvent penser bien faire en expliquant la biomécanique de leur corps aux patients afin de les aider. Cependant, cela n'a pas forcément le résultat escompté voir un résultat délétère. En ce sens, si la communication selon le modèle de Rossetinni permet de stimuler une relation thérapeutique forte et une satisfaction élevée, les ostéopathes pourraient bénéficier à s'y conformer davantage.

Technique ostéopathique

Un autre résultat inattendu est la notion de consentement relié aux techniques ostéopathiques. Deux participants nous ont mentionné spontanément avoir été marqués par le confort des techniques, le respect et la prise de consentement avant de procéder à certaines techniques. Le professionnel a mis l'emphasis sur ces éléments dans l'objectif d'avoir une communication soignée ainsi que de bâtir une alliance thérapeutique forte. Cependant, nous ne nous attendions pas à ce que ça soit marquant pour les patients. Pourtant, les recommandations sont d'utiliser un consentement éclairé, autant pour le plan de traitement que pour des techniques spécifiques (Dagenais et coll., 2012). Les thérapeutes qui ne partagent pas d'options thérapeutiques avec leurs patients et qui procèdent directement à des interventions sont ainsi dans un modèle centré sur le professionnel. Cependant, notre recension des écrits stipule que la dynamique centrée sur le patient est plus optimale. En ce sens, la réaction de surprise pour nos participants peut laisser croire que dans leur historique de soin, ils n'ont pas souvent fait face à un consentement partagé. Au niveau du confort, c'est d'ailleurs une des recommandations de Kerry et coll. (2024), qui proposent de reconceptualiser la pratique de la thérapie manuelle. Ils proposent de baser la manualité sur le confort, la sécurité et l'efficacité. En ce sens, ils rejettent la complexité de certaines techniques dont la base théorique est complexe, ce qui est souvent le

cas en ostéopathie pour les auteurs. Ils soutiennent de mettre l'emphasis sur la relation thérapeutique dans la pratique de la thérapie manuelle en expliquant des modèles basés sur les données probantes aux patients. Cette recommandation concorde avec le style de technique utilisée dans les séances réalisées lors du projet. Cela stipule que les patients éprouvent de la satisfaction sans que l'emphasis soit mise sur des techniques complexes ou des processus de raisonnement biomécaniques complexes.

Également, cela soulève des questionnements par rapport aux thérapies viscérales, crâniennes et autres techniques ostéopathiques. Nos résultats ne permettent pas de savoir si les résultats de notre recherche auraient été différents avec d'autres techniques. Il est possible que ces techniques modifient la perception des soins et l'expérience du patient. Il est incertain à ce stade si l'utilisation de ce type de technique avait influencé nos résultats.

Dans le même ordre d'idée, la recension des écrits soulevait des enjeux en lien avec la thérapie manuelle ostéopathique tels que le monointerventionnisme, le biomédicalisme et les modèles théoriques. En pratiquant selon le cadre de Rossetinni, le thérapeute peut exercer la thérapie manuelle sans mettre l'emphasis sur un discours mécanistique. En effet, Kerry et coll. (2024) soutiennent l'utilisation de la thérapie manuelle comme une des interventions possibles du praticien tout en plaçant l'éducation, l'exercice et la promotion de la santé au centre de l'intervention. Pour ces auteurs, il suffit de modifier le discours afin de limiter l'impact délétère du modèle biomédical chez le patient. Nos résultats soutiennent que la satisfaction demeure élevée lorsque l'emphasis est mise sur la communication et la relation thérapeutique à l'instar de discours biomécanique.

Enjeux ostéopathiques

Nous avons décrit au préalable l'enjeu du biomédicalisme inhérent à la profession selon Thomson et Macmillan (2023). Selon nos résultats, les participants décrivent que les thérapeutes plaçaient beaucoup d'importance, voire presque toute l'importante, sur leur corps et leur tissu. Ainsi, ce qui est décrit par nos participants reflète l'idée de cette critique. Cependant, suite à notre intervention, malgré le fait que la séance ne contenait aucun exercice thérapeutique ou traitement actif, les participants ont décrit une expérience différente et n'ont pas eu l'impression que la thérapie manuelle était la finalité des séances ou la solution absolue. En ce sens, la

communication permet potentiellement d'influencer l'expérience du patient et sa compréhension de ce qui est important pour sa guérison. Également, les enjeux soulevés initialement quant aux modèles théoriques insuffisants peuvent aussi être partiellement répondus en modifiant la communication des professionnels. En effet, Esteves et coll. (2020) amène de nouveaux points prometteurs pour soutenir l'ostéopathie, tels que le toucher affectif, l'interoception, les effets contextuels et placebo. En ce sens, modifier le discours du professionnel pourrait permettre d'éviter de susciter les réponses nocebo chez les patients tout en adoptant un discours centré sur le patient.

FORCE, LIMITE ET IMPLICATIONS

Points forts

Ce mémoire comporte plusieurs forces, notamment la réalisation d'entretiens semi-directifs. C'est un processus chronophage autant dans la réalisation des entretiens que dans l'analyse de ceux-ci. Les analyses qualitatives permettent d'avoir la pensée brute du patient sans que celle-ci soit contrainte dans un questionnaire. Cela laisse également la place à différents résultats inattendus. Lors de l'utilisation de questionnaire, il est impossible d'obtenir un résultat qui n'est pas contesté. Ainsi, ce type d'évaluation est plus exploratoire. De plus, l'utilisation d'un questionnaire en lien avec la satisfaction est une force du projet afin de pouvoir corroborer l'analyse entre les deux types de données recueillies. Un autre point fort est la standardisation des techniques ostéopathiques afin de diminuer le biais de satisfaction en lien avec le potentiel résultat.

Limites

Les limites sont nombreuses. Premièrement, le nombre de participants faible ne permet pas de tirer de conclusion réelle. En effet, les croyances préalables du participant vont influencer sa satisfaction. En ce sens, par exemple, les techniques ostéopathiques auraient pu ne pas être appréciées par d'autres patients. De plus, il n'y a pas de groupe contrôle alors la satisfaction n'est pas comparée avec un autre groupe recevant un autre type de communication ou un autre soin. Également, les participants n'avaient jamais consulté en ostéopathie. Cela représente une faiblesse puisqu'ils comparent l'ostéopathie avec d'autres types de pratiques. Cependant, si nous souhaitons évaluer la plus-value d'appliquer ce modèle théorique, il serait plus juste de comparer avec d'autres séances d'ostéopathie. Actuellement, peut-être que les patients auraient déjà été pleinement satisfaits de la prise en charge ostéopathique standard. Cela pose un bémol sur la validité des résultats. Deuxièmement, le fait qu'un seul thérapeute soit inclus dans l'étude limite la validité des résultats. En effet, si le thérapeute est d'office un excellent communicateur ou présente une facilité naturelle à créer une alliance thérapeutique forte, cela peut biaiser le résultat à la hausse. Idéalement, les résultats doivent être corroborés par plusieurs thérapeutes

afin d'être considérés reproductibles. De surcroît, la réalisation des entretiens par l'ostéopathe lui-même pose une forme de biais pour le participant. En effet, le participant peut ne pas être à l'aise de divulguer certaines informations ou critiques avec l'ostéopathe. La réalisation des entretiens par un tiers parti peut ajouter un ton de neutralité et d'ouverture. Troisièmement, les séances n'ont pas été enregistrées ou filmées afin d'évaluer comment le cadre conceptuel a été appliqué. Cela soulève des questions quant à ce qui a été fait précisément et de quelle manière. Dernièrement, le type de question et la possibilité de poser des questions de relance peut laisser place à guider l'entrevue de sens à obtenir des résultats souhaitables. Le volet qualitatif est plus difficile à standardiser. En finissant, il est important de rappeler la faible quantité d'articles présents dans le domaine ostéopathique québécois afin d'être spécifiques dans les besoins et les enjeux. Également, aucun comité d'éthique n'a formellement approuvé le projet.

Implications pour la recherche future et la pratique

Nous croyons que cette recherche se veut une porte d'entrée pour la prise en charge des patients douloureux chroniques. Nos entretiens démontrent que la satisfaction des patients n'est pas parfaitement corrélée aux résultats thérapeutiques, mais plutôt à une multitude de facteurs. Considérant l'importance de la communication et de la satisfaction des patients, nous croyons que cette problématique devrait être approfondie davantage afin de fournir un cadre clair pour la communauté ostéopathique québécoise. Il est pertinent pour de futures recherches d'investiguer davantage la prise en charge des patients douloureux chroniques et ce dont ils ont besoin pour vivre une expérience de soin réussi. Les forces et limites de notre recherche proposent déjà plusieurs facteurs à tenir compte pour de futurs projets. Également, il y a un manque de littérature quant à la communication non verbale dans la relation de soin. Ce manque est partiellement attribuable à la difficulté d'évaluer les facteurs non verbaux. Cependant, nos résultats stipulent de son importance. En ce sens, la recherche future doit également se pencher sur le développement d'outils ou de méthode d'évaluation afin de mieux comprendre ce volet.

Également, Nijs et coll. (2013) proposent que la première étape du thérapeute voulant pratiquer selon un modèle biopsychosocial basé sur les données probantes doive entamer une réflexion personnelle quant à ses propres croyances et attitudes. Bien que la majorité des thérapeutes ait été exposée à de nouveaux modèles de soins, malgré le fait que plusieurs

proclament y adhérer, ils continuent souvent de réfléchir et d'inculquer la vision biomédicale au patient. Toujours selon les mêmes auteurs, l'attitude du thérapeute est un prédicteur important de ses recommandations. Ainsi, ce dernier devrait réfléchir sur sa pratique actuelle afin de s'assurer de communiquer adéquatement avec son patient.

CONCLUSION

Les résultats de notre étude dressent un portrait de l'impact de la communication et de la relation thérapeutique chez le patient douloureux chronique. La prise en charge ostéopathique de cette clientèle est complexe. Alors que ceux-ci rapportent vivre un parcours de soin difficile, ceux-ci sont également auprès de nombreuses fausses croyances et d'a priori erronés sur la douleur. Notre étude détaille leurs vécus précédents et en contrepartie leur appréciation quant à leur prise en charge lors de l'étude.

En ce sens, le cadre théorique proposé par Rossetinni semble être pertinent pour la population ostéopathique québécoise. En effet, nos résultats démontrent une satisfaction élevée chez nos participants et une transférabilité et applicabilité possible du modèle.

Sur le plan québécois, nos résultats suggèrent que les écoles d'ostéopathie devraient transmettre des connaissances et des compétences aux futurs ostéopathes. Les organismes de formations continues devraient également suivre cette lignée.

Enfin, nos résultats suggèrent que les ostéopathes et leur patient bénéficieraient à ce que soient appliquées ces recommandations dans leur pratique.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abbey, H. (2023). Communication strategies in psychologically informed osteopathic practice: A case report. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 47, 100647. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2022.10.009>
- Baer, H. A. (2006) The drive for legitimation by osteopathy and chiropractic in Australia: between heterodoxy and orthodoxy. *Complementary Health Practice Review*, 11(2), 77–94. <https://doi.org/10.1177/1533210106292467>
- Belton, J., Birkinshaw, H. et Pincus, T. (2022). Patient-centered consultations for persons with musculoskeletal conditions. *Chiropractic & Manual Therapies*, 30(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12998-022-00466-w>
- Bialosky, J. E., Beneciuk, J. M., Bishop, M. D., Coronado, R. A., Penza, C. W., Simon, C. B. et George, S. Z. (2018). Unraveling the Mechanisms of Manual Therapy: Modeling an Approach. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 48(1), 8–18. <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.7476>
- Bialosky, J. E., George, S. Z., Horn, M. E., Price, D. D., Staud, R. et Robinson, M. E. (2014). Spinal manipulative therapy—specific changes in pain sensitivity in individuals with low back pain (NCT01168999). *Journal of Pain*, 15, 136–148. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.005>
- Bohlen, L., Shaw, R., Cerritelli, F. et Esteves, J. E. (2021). Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework. *Frontiers in psychology*, 12, 767005. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.767005>
- Braeuninger-Weimer, K., Rooslien, H., Anjarwalla, N. et Pincus, T. (2021). Reassurance and healthcare seeking in people with persistent musculoskeletal low back pain consulting orthopaedic spine practitioners: a prospective cohort study. *European Journal of Pain*, 25(7), 1540–1550. <https://doi.org/10.1002/ejp.1765>
- Brugel, S., Postma-Nilsenová, M. et Tates, K. (2015). The link between perception of clinical empathy and nonverbal behavior: The effect of a doctor's gaze and body orientation. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1260–1265. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.007>
- Bunzli, S., Smith, A., Schütze, R., Lin, I. et O'Sullivan, P. (2017). Making sense of low back pain and pain-related fear. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47(9), 628–636. <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2017.7434>
- Clarke, V. et Braun, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners* (éd. 1). New York, NY : Sage.

- Chen, D., Lew, R., Hershman, W. et Orlander, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1434–1438. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0298-x>
- Cohen, S. P., Vase, L. et Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, 397(10289), 2082–2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Consorti, G., Castagna, C., Tramontano, M., Longobardi, M., Castagna, P., Di Lernia, D. et Lunghi, C. (2023). Reconceptualizing Somatic Dysfunction in the Light of a Neuroaesthetic Enactive Paradigm. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(4), 479. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040479>
- Consorti, G., Marchetti, A. et De Marinis, M. G. (2020). What Makes an Osteopathic Treatment Effective From a Patient’s Perspective: A Descriptive Phenomenological Study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 43(9), 882–890. <https://doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.jmpt.2020.02.003>
- Dagenais, S., Brady, O. et Haldeman, S. (2012). Shared decision making through informed consent in chiropractic management of low back pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 35(3), 216–226. <https://doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.jmpt.2012.01.004>
- Darlow, B., Dowell, A., Baxter, G. D., Mathieson, F., Perry, M. et Dean, S. (2013). The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Annals of Family Medicine*, 11(6), 527–534. <https://doi.org/10.1370/afm.1518>
- Dugailly, P.-M., Fassin, S., Maroye, L., Evers, L., Klein, P. et Feipel, V. (2014). Effect of a general osteopathic treatment on body satisfaction, global self perception and anxiety: A randomized trial in asymptomatic female students. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 17(2), 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2013.08.001>
- Edmond, S. N. et Keefe, F. J. (20156). Validating pain communication: current state of the science. *Pain*, 156(2), 215–219. <https://doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460301.18207.c2>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Esteves, J. E., Cerritelli, F., Kim, J. et Friston, K. J. (2022). Osteopathic Care as (En)active Inference: A Theoretical Framework for Developing an Integrative Hypothesis in Osteopathy. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.812926>
- Esteves, J., Zegarra-Parodi, R., van Dun, P., Cerritelli, F. et Vaucher, P. (2020). Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and

- research. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 35, 1–4.
<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.01.003>
- Evans, D. W. (2013). Osteopathic principles: more harm than good? *International Journal of Osteopathic Medicine*, 16(1), 46e53.
<https://www.backpainclinic.co.uk/PDF/Evans%202012%20-%20Osteopathic%20principles-more%20harm%20than%20good.pdf>
- Ezzatvar, Y., Dueñas, L., Balasch-Bernat, M., Lluch-Girbés, E. et Rossetini, G. (2024). Which Portion of Physiotherapy Treatments' Effect Is Not Attributable to the Specific Effects in People With Musculoskeletal Pain? A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 54(6), 391–399.
<https://doi.org/10.2519/jospt.2024.12126>
- Fawkes, C. et Carnes, D. (2021). Patient reported outcomes in a large cohort of patients receiving osteopathic care in the United Kingdom. *PLoS One*, 16, e0249719.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249719>
- Haskard, K., DiMatteo, M. R. et Heritage, J. (2009). Affective and instrumental communication in primary care interactions: Predicting the satisfaction of nursing staff and patients. *Health Communication*, 24(1), 21–32. <https://doi.org/10.1080/10410230802606968>
- Hématy, F. (2001). *Le TOG. du traitement ostéopathique général à l'ajustement du corps* (éd. 1). Vannes, France : Sully.
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A. M. et Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 86(3), 297-315.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.006>
- Hidalgo, D. F., MacMillan, A. et Thomson, O. P. (2024). "It's all connected, so it all matters" — the fallacy of osteopathic anatomical possibilism. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 52, 100718.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1746068924000117>
- Hiller, A. et Delany, C. (2018). Communication in physiotherapy: Challenging established theoretical approaches. Dans B. Gibson, J. Setchell et R. Nicholls (Éds.), *Manipulating practices : A critical physiotherapy reader* (pp. 308–333). Oslo, Norvège : Cappelen Damm Forskning. <https://cdforskning.no/cdf/catalog/book/29>
- Holloway, I., Sofaer-Bennett, B. et Walker, J. (2007). The stigmatisation of people with chronic back pain. *Disability and Rehabilitation*, 29(18), 1456–1464.
<https://doi.org/10.1080/09638280601107260>
- Hohenschurz-Schmidt, D., Thomson, O. P., Rossetini, G., Miciak, M., Newell, D., Roberts, L., Vase, L. et Draper-Rodi, J. (2022). Avoiding nocebo and other undesirable effects in chiropractic, osteopathy and physiotherapy: An invitation to reflect. *Musculoskeletal Science & Practice*, 62, 102677. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102677>

- Kang, Y., Trewern, L., Jackman, J., McCartney, D. et Soni, A. (2023). Chronic pain: definitions and diagnosis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 381, e076036. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076036>
- Kasiri-Martino, H. et Bright, P. (2016). Osteopathic educators' attitudes towards osteopathic principles and their application in clinical practice: A qualitative inquiry. *Manual Therapy*, 21, 233–240. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.09.003>
- Kerry, R., Young, K. J., Evans, D. W., Lee, E., Georgopoulos, V., Meakins, A., McCarthy, C., Cook, C., Ridehalgh, C., Vogel, S., Banton, A., Bergström, C., Mazzieri, A. M., Mourad, F. et Hutting, N. (2024). A modern way to teach and practice manual therapy. *Chiropractic & Manual Therapies*, 32(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12998-024-00537-0>
- L'Hermite, P.-L. (Ed.). (2024). *Mythologies ostéopathiques*. Collection : Éthique et pratique médicale. Paris, France : L'Harmattan.
- Le Bars, D., Dickenson, A. H. et Besson, J. M. (1979). Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). I. Effects on dorsal horn convergent neurones in the rat. *Pain*, 6(3), 283–304. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(79\)90049-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(79)90049-6)
- Lewis, J. (2012). *A. T. Still : from the dry bone to the living man*. Gwynedd, Wales : Dry Bone Press.
- Liem, T. (2016). A. T. Still's osteopathic lesion theory and evidence-based models supporting the emerged concept of somatic dysfunction. *Journal of the American Osteopathic Association*, 116, 654–661. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2016.129>
- Lorié, Á., Reinerio, D. A., Phillips, M., Zhang, L. et Riess, H. (2017). Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 411–424. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.018>
- Louw, A., Zimney, K., Puenteadura, E. J. et Diener, I. (2016). The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(5), 332–355. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1080/09593985.2016.1194646>
- Malfliet, A., Lluch Gírbés, E., Pecos-Martin, D., Gallego-Izquierdo, T., Valera-Calero, A. (2019). The influence of treatment expectations on clinical outcomes and cortisol levels in patients with chronic neck pain: an experimental study. *Pain Practice*, 19, 370–381. <https://doi.org/10.1111/papr.12749>
- Marchand, S. (2012). *The Phenomenon of Pain*. Washington, DC : IASP Press.

- Martinez-Calderon, J., Meeus, M., Struyf, F., Miguel Morales-Asencio, J., Gijon-Nogueron, G. et Luque-Suarez, A. (2018). The role of psychological factors in the perpetuation of pain intensity and disability in people with chronic shoulder pain: a systematic review. *BMJ Open*, 8(4), e020703. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1136/bmjopen-2017-020703>
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neurosciences*, 13(3), 88–92. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(90\)90179-e](https://doi.org/10.1016/0166-2236(90)90179-e)
- Monnin, D. et Perneger, T. V. (2002). Scale to Measure Patient Satisfaction With Physical Therapy. *Physical Therapy*, 82(7), 682–691, <https://doi.org/10.1093/ptj/82.7.682>
- Morin, C. et Aubin, A. (2014). Primary reasons for osteopathic consultation: a prospective survey in Quebec. *PloS One*, 9(9), e106259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106259>
- Moseley, G. L. (2007). Reconceptualising pain according to modern pain science. *Physical Therapy Reviews*, 12(3), 169–178. <https://doi.org/10.1179/108331907x223010>
- Nijs, J., Roussel, N., Paul van Wilgen, C., Köke, A. et Smeets, R. (2013). Thinking beyond muscles and joints: therapists’ and patients’ attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy*, 18, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.math.2012.11.001>
- Nim, C. G., Downie, A., O’Neill, S., Kawchuk, G. N., Perle, S. M. et Leboeuf-Yde, C. (2021). The importance of selecting the correct site to apply spinal manipulation when treating spinal pain: Myth or reality? A systematic review. *Scientific Report*, 11, 23415. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-02882-z>
- Office des professions du Québec. (2022). *Avis sur l’opportunité de constituer un ordre professionnel des ostéopathes*. Gouvernement du Québec.
- Ogden, J., Branson, R., Bryett, A., Campbell, A., Febles, A., Ferguson, I., Lavender, H., Mizan, J., Simpson, R. et Tayler, M. (2003). What’s in a name? An experimental study of patients’ views of the impact and function of a diagnosis. *Family Practice*, 20(3), 248–253. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm304>
- Osborn, M. et Rodham, K. (2010). Insights into Pain: A Review of Qualitative Research. *Reviews in Pain*, 4(1), 2–7. <https://doi.org/10.1177/204946371000400102>
- Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G. et Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), 77–87. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70087-5](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70087-5)

- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T. et Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Riess, H. et Kraft-Todd, G. (2014). EMPATHY: A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108–1112. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000287>
- Roberts, L. C., Whittle, C. T., Cleland, J. Wald, M. (2013). Measuring Verbal Communication in Initial *Physical Therapy Encounters*, *Physical Therapy*, 93(4), 479–491, <https://doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.2522/ptj.20120089>
- Rossettini, G., Camerone, E. M., Carlino, E., Benedetti, F. et Testa, M. (2020). Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. *Archives of Physiotherapy*, 10, 11. <https://doi.org/10.1186/s40945-020-00082-y>
- Sherrington, C.S. (1906). *The Integrative Action of the Nervous System* Scribner. New York, NY : Yale University Press. Récupéré de : <https://liberationchiropractic.com/wp-content/uploads/research/1906Sherrington-IntegrativeAction.pdf>
- Slater, D., Korakakis, V., O'Sullivan, P., Nolan, D., & O'Sullivan, K. (2019). "Sit Up Straight": Time to Re-evaluate. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 49(8), 562–564. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0610>
- Sparks, C., Cleland, J. A., Elliott, J. M., Zagardo, M. et Liu, W. C. (2013). Using functional magnetic resonance imaging to determine if cerebral hemodynamic responses to pain change following thoracic spine thrust manipulation in healthy individuals. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 43, 340–348. <https://doi.org/10.2519/jospt.2013.4631>
- Stark, J. E. (2013). An historical perspective on principles of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 16(1), 3e10.
- Stephens, R. et Robertson, O. (2020). Swearing as a Response to Pain: Assessing Hypoalgesic Effects of Novel “Swear” Words. *Frontiers in Psychology*, 11, 723. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00723>
- Stewart, M. et Loftus, S. (2018). Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 48(7), 519–522. <https://doi.org/10.2519/jospt.2018.0610>
- Steihaug, S., Ahlsen, B. et Malterud, K. (2001). From exercise and education to movement and interaction: treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19(4), 249–254. <https://doi.org/10.1080/02813430152706783>

- Still, A.T. (1902). The philosophy and mechanical principles of osteopathy. American Academy of Osteopathy. p. 16.
- Strutt, R., Shaw, Q. et Leach, J. (2008). Patients' perceptions and satisfaction with treatment in a UK osteopathic training clinic. *Manual Therapy*, 13(5), 456–467. <https://doi.org/10.1016/j.math.2007.05.013>
- Szikszay, T. M., Adamczyk, W. M., Panskus, J., Heimes, L., David, C., Gouverneur, P. et Luedtke, K. (2023). Psychological mechanisms of offset analgesia: The effect of expectancy manipulation. *PloS One*, 18(1), e0280579. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280579>
- Thomson, O. P. et MacMillan, A. (2023). What's wrong with osteopathy? *International Journal of Osteopathic Medicine*, 48, 100659. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2023.100659>
- Thomson, O. P. et Martini, C. (2024). Pseudoscience: A skeleton in osteopathy's closet? *International Journal of Osteopathic Medicine*, 52, 100716. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2024.100716>
- Thomson, O. P., Petty, N. J. et Moore, A. P. (2013). Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 16(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.03.001>
- Trowbridge, C. (1991). *Still 1828–1917*. Kirksville, MO : Thomas Jefferson University.
- Vargas-Prada, S. et Coggon, D. (2015). Psychological and psychosocial determinants of musculoskeletal pain and associated disability. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 29(3), 374–390. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.03.003>
- Vlaeyen, J. W. et Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Ward, J., Cody, J., Schaal, M. et Hojat, M. (2012). The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 28(1), 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.10.007>
- Warwick, R., Joseph, S., Cordle, C. et Ashworth, P. (2004). Social support for women with chronic pelvic pain: what is helpful from whom? *Psychology Health*, 19(1), 117–134. <https://doi.org/10.1080/08870440310001613482>
- Washmuth, N. B. et Stephens, R. (2022). Frankly, we do give a damn: improving patient outcomes with swearing. *Archives of Physiotherapy*, 12(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40945-022-00131-8>

- Washmuth, N. B., Meakins, A., Trummer, G. et Stephens, R. (2024). Can swearing be professional and patient-centered? *The Journal of Humanities in Rehabilitation*. Advance online publication. Récupéré de : <https://www.jhrehab.org/2024/04/12/can-swearing-be-professional-and-patient-centered/>
- Williams, N. et Ogden, J. (2004). The impact of matching the patient's vocabulary: a randomized control trial. *Family practice*, 21(6), 630–635. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh610>
- Wittink, H. et Oosterhaven, J. (2018). Patient education and health literacy. *Musculoskeletal Science & Practice*, 38, 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.06.004>
- Zhou, Y., Acevedo Callejas, M. L., Li, Y. et MacGeorge, E. L. (2023). What Does Patient-Centered Communication Look Like? : Linguistic Markers of Provider Compassionate Care and Shared Decision-Making and Their Impacts on Patient Outcomes. *Health Communication*, 38(5), 1003–1013. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1989139>

ANNEXE A. Formulaire de consentement

Vous êtes cordialement invité à participer à l'étude intitulée « **Satisfaction de la prise en charge ostéopathie misant sur la communication dans un contexte de douleurs chroniques : série de cas qualitatif et quantitatif** », menée par Sébastien Drouin, étudiant candidat à l'obtention du diplôme d'ostéopathe (D.O.) de ENOSI, École d'ostéopathie. Le présent document vise à vous informer sur les modalités de la recherche ainsi qu'à recueillir votre consentement en tant que participant. Une copie signée et datée du présent document vous sera remise.

Nature et objectifs de recherche

Cette recherche est de type qualitative et quantitative. Elle vise à explorer l'impact de la communication dans la prise en charge ostéopathique chez le patient douloureux chronique.

Modalités de participation

En tant que participant à l'étude, vous serez invité à compléter un bref questionnaire ainsi qu'une entretien semi-dirigé visant à recueillir vos impressions et votre satisfaction quant aux séances d'ostéopathie. Vous devrez vous présenter à deux rencontres d'ostéopathie. La collecte d'informations se déroulera à la suite de la deuxième séance, en présentiel.

L'entretien aura une durée approximative de 30 minutes. Cette entretien est exploratoire et touchera différents thèmes de la prise en charge ostéopathique et de la relation thérapeutique. Cet entretien sera enregistré en format audio numérique et retranscrit intégralement à des fins d'analyse.

Confidentialité et gestion des données

Toutes les données recueillies seront codées de manière à garantir l'anonymat des participants et la confidentialité, dans les limites prescrites par la loi. Le code attribué à chaque participant sera connu du chercheur exclusivement. Seules les données nécessaires pour

répondre aux objectifs de la recherche seront recueillies. Les données de la recherche pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Votre nom et coordonnées, ainsi que les fichiers de données recueillies au cours de l'étude seront par ailleurs conservés pour une période de 5 ans après la fin de celle-ci. Au terme de cette période, elles seront détruites. En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous aurez le droit de consulter votre dossier de recherche aussi longtemps que le chercheur les détiendra. Initiales du participant _____ date _____

Risques et bénéfices associés à l'étude

Aucun risque significatif n'est projeté pour cette recherche. Le professionnel s'attardera à votre confort, votre sécurité et votre consentement durant les séances d'ostéopathie. Les inconvénients sont limités au temps consacré à l'entrevue et à la complétion du questionnaire.

Votre participation à l'étude contribuera à une meilleure compréhension de ce que l'ostéopathie peut apporter à la clientèle des personnes souffrant de douleurs chroniques et à évaluer la communication thérapeutique.

Participation volontaire et droit de retrait sans préjudice de l'étude

Votre participation à ce projet est sur une base volontaire. Il vous sera possible de vous retirer de l'étude en tout temps, en avisant le chercheur, sans justification ni préjudice de quelque nature que ce soit.

Compensations financières

Le chercheur ne reçoit aucun financement pour la tenue du projet. Votre participation étant sur une base volontaire et bénévole, aucune compensation financière ne sera accordée. Vous bénéficiez de deux séances d'ostéopathie sans frais.

Consentement libre et éclairé

Je, soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée « **Satisfaction de la prise en charge ostéopathie misant sur la communication dans un contexte de douleurs chroniques : série de cas qualitatif et quantitatif** ». J'ai pris connaissance des informations qui précèdent et je comprends le but, la nature, les modalités de participation ainsi que les risques et bénéfices du projet de recherche.

Signature du participant

Date

Signature du chercheur

Date

Coordonnées du chercheur et des responsables du projet

Pour toutes questions sur l'étude, vous pouvez rejoindre Sébastien Drouin aux coordonnées suivantes : (418) 264-7169 || drouinosteopathie@gmail.com

ANNEXE B. Guide d'entretien

Impression générale - exploratoire

- Qu'est-ce qui vous a amené à consulter en ostéopathie et pouvez-vous me décrire le service que vous avez reçu ?
- Comment avez-vous vécu les séances ? Pouvez-vous me parler de votre expérience générale en ostéopathie ?

Précision sur la prise en charge ostéopathique, la relation thérapeutique et la communication

- Qu'est-ce qui vous avez semblé distinctif dans l'intervention ostéopathique ?
- Comment vous êtes-vous senti dans les séances ?
- Comment percevez-vous votre relation avec l'ostéopathe ?
- Pouvez-vous décrire la communication de l'ostéopathe ?

Historique et attentes

- Quelles étaient vos attentes avant de venir ?
- Pouvez-vous me décrire votre historique de soin pour cette plainte ?

Conclusion

- Avez-vous d'autres remarques, commentaires ou suggestions quant à l'expérience en ostéopathie ?

Métacognition

- Comment vous sentez-vous vis à vis de participer à cette étude ?

ANNEXE C. Questionnaire

« Scale to measure patient satisfaction with physical therapy »

Final Questionnaire. This questionnaire concerns the **physical therapy** you received at our hospital. Your answers will help us improve our services. Please answer each item by checking the most appropriate box. There are no right or wrong answers. Your answers will be treated confidentially.

	Poor	Fair	Good	Very Good	Excellent
Ease of administrative admission procedures	☐	☐	☐	☐	☐
Courtesy and helpfulness of secretary	☐	☐	☐	☐	☐
Simplicity of scheduling and time to get first appointment	☐	☐	☐	☐	☐
Ability of physical therapist to put you at ease and reassure you	☐	☐	☐	☐	☐
Explanations about what will be done to you during treatment	☐	☐	☐	☐	☐
Quality of information you received at the end of treatment regarding future	☐	☐	☐	☐	☐
Feeling of security at all times during the treatment	☐	☐	☐	☐	☐
Extent to which treatment was adapted to your problem	☐	☐	☐	☐	☐
Ease of access of physical therapy facilities	☐	☐	☐	☐	☐
Indications to help you find your way around and in hospital buildings	☐	☐	☐	☐	☐
Comfort of the room where physical therapy was provided	☐	☐	☐	☐	☐
Calm and relaxing atmosphere in physical therapy rooms	☐	☐	☐	☐	☐
Your physical therapy overall	☐	☐	☐	☐	☐
	Certainly not	Probably not	Not sure	Yes, probably	Yes, certainly
Would you recommend this facility to people close to you?	☐	☐	☐	☐	☐
Thank you for your help					

ANNEXE D. Appel à candidatures, tel que publié sur les réseaux sociaux



PROJET DE RECHERCHE – RECRUTEMENT D'OSTÉOPATHES (D.O.)

Nous cherchons des participants répondant aux critères suivants :

- Être âgée de plus de 18 ans
- Douleur chronique (3 < mois)
- Capacité de se déplacer à la Clinique Tête & Corps (4600 boul. Henri-Bourrassa, G1H 3A5, Québec) pour deux séances en présentiel
- Parler et lire le français.

Dans le cadre d'une étude qualitative et quantitative portant sur la communication en contexte de douleurs chroniques.

À cette fin, nous avons besoin de vous pour :

- Participer à notre étude en nous accordant une entrevue d'une durée approximative de 30 minutes ainsi que de compléter un bref questionnaire.
- Se présenter à deux séances d'ostéopathie à l'intervalle d'environ deux semaines.

Un formulaire de consentement sera signé avant le début de l'entrevue. Toutes les données recueillies au cours de l'entrevue demeureront confidentielles. Vous aurez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment.

Votre participation à notre étude contribuera à une meilleure compréhension de l'impact de la communication dans la prise en charge ostéopathique.

Sébastien Drouin

Étudiant finissant ENOSI, École d'ostéopathie (418) 264-7169 | drouinosteopathie@gmail.com