



Enquête sur les pratiques de collaboration interprofessionnelle des ostéopathes en contexte privé, une étude mixte

Par
Justine Carrier
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 2025

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
Diego Legrand B.Pharm., M.Sc., Ph.D. (c), HC, PMP

SOMMAIRE

Enquête sur les pratiques de collaboration interprofessionnelle des ostéopathes en contexte privé, une étude mixte

Par
Justine Carrier
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 : L'ostéopathie, de par sa nature holistique, s'appuie sur les principes du modèle biopsychosocial. Au Québec, le fait que l'ostéopathie soit toujours dans l'attente d'une reconnaissance juridique et de l'avènement d'un ordre professionnel complique les ouvertures de la profession à plus large spectre. Cette recherche tente de comprendre comment l'ostéopathie, en tant que discipline complémentaire et alternative, s'intègre dans un modèle de soins collaboratif interprofessionnel, ainsi que les enjeux de cette intégration.

Méthode : Un questionnaire publié en ligne a été rempli sur base volontaire par 24 ostéopathes québécois finissants ou diplômés. Le formulaire comprenait des questions statistiques, de nature quantitative, ainsi que des questions descriptives de nature qualitative. Les données des analyses statistiques et thématiques ont été croisées pour dresser un portrait des collaborations interprofessionnelles des ostéopathes québécois.

Résultats : Les ostéopathes québécois réfèrent majoritairement leurs clients en médecine, et collaborent le plus souvent avec des physiothérapeutes. Peu d'ostéopathes sont formés aux bonnes pratiques de collaboration interprofessionnelle (CIP) lors de leur cursus scolaire en ostéopathie. Les principaux facteurs facilitant la collaboration sont la fluidité des canaux de communication, la proximité contextuelle et organisationnelle, la connaissance mutuelle des diverses approches et la qualité des relations et réseaux professionnels. Les principaux obstacles à la CIP concernent l'utilisation d'une terminologie unique à une profession, les lacunes de l'ostéopathie et le manque de connaissance des spécificités des autres professions.

Conclusion : L'évolution du paysage des soins de santé et ses limites soulignent l'importance des modalités collaboratives entre professionnels. De nombreux obstacles endiguent des pratiques collaboratives efficaces entre ostéopathes et autres professionnels de la santé. À ce jour, les ostéopathes ont principalement des habitudes de référencement plutôt que des actions collaboratives coordonnées.

Mots clés : ostéopathie, collaboration interprofessionnelle, multidisciplinaire, interdisciplinaire, équipe, communication, modèle biopsychosocial

SUMMARY

Report on the interprofessional collaboration practices of osteopaths in private practice, a mixed study

By
Justine Carrier
Professional Program of Osteopathy

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

Background: As a holistic discipline, osteopathy is based on the principles of the biopsychosocial model. In Quebec, the fact that osteopathy is still awaiting legal recognition and the advent of a professional order complicates the profession's openings to a wider spectrum. This research aims to understand how osteopathy, as a complementary and alternative discipline, fits into an interprofessional collaborative model of care, and what is at stake in this integration.

Method: A questionnaire published online was completed on a voluntary basis by Quebec osteopaths who had completed their training or graduated. The form included both statistical (i.e., quantitative) and open-ended qualitative questions. Data from the statistical and thematic analyses were cross-referenced to produce a portrait of interprofessional collaboration among Quebec osteopaths.

Results: Most osteopaths in Quebec refer their clients to medical doctors, and most often collaborate with physiotherapists. Few osteopaths are trained in good interprofessional collaborative practices (IPC) as part of their osteopathic curriculum. The main factors facilitating collaboration are fluid communication channels, contextual and organizational proximity, mutual knowledge of the various approaches, and the quality of professional relationships and networks. The main obstacles to IPC concern the use of terminology unique to one profession, osteopathic shortcomings, and a lack of knowledge of the scope of practice of other professions.

Conclusion: The evolving healthcare landscape and its limitations underline the importance of collaborative arrangements between professionals. There are many obstacles to effective collaborative practices between osteopaths and other healthcare professionals. To date, osteopaths have mainly developed referral habits rather than coordinated collaborative actions.

Key words: osteopathy, interprofessional collaboration, multidisciplinary, interdisciplinary, team, communication, biopsychosocial model

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES FIGURES	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xiv
REMERCIEMENTS	xvi
INTRODUCTION	1
CONTEXTE	3
Ostéopathie	3
Structure et fonction	3
Forces d'auto-guérison du corps	3
Le corps en tant qu'unité	3
La suprême règle de l'artère	4
Le patient et non la maladie	4
Enjeux propres à l'ostéopathie	4
Absence d'un ordre professionnel encadrant l'ostéopathie au Québec	4
Disparités dans le cursus scolaire	5
L'ostéopathie inscrite dans le modèle biopsychosocial d'Engel	5
Influences du modèle biopsychosocial	6
Collaboration interprofessionnelle	7
Limites de la collaboration interprofessionnelle	8
Multidisciplinarité vs interdisciplinarité	8
Équipe interdisciplinaire	10
RECENSION DES ÉCRITS	11
But de la recension	11
Objectifs de recherche	11
Méthodologie	11
Contexte et échantillonnage	11
Critères d'éligibilité	12
Concepts	12
Sélection	13
Résultats	15
Réglementation de l'ostéopathie	19
Habitudes collaboratives	19

Méthodes de collaboration interdisciplinaire	21
Avantages de la collaboration interdisciplinaire	21
Facteurs facilitateurs	22
Facteurs limitants	23
Désavantages à ne pas user de pratiques collaboratives	26
Pistes de solution pour mieux implanter la collaboration interprofessionnelle	26
SOMMAIRE	29
MÉTHODOLOGIE	31
Objectif de recherche	31
Hypothèse de recherche	31
Question de recherche	32
Objectifs de recherche	32
Objectif primaire	32
Objectifs secondaires	32
Devis méthodologique	32
Devis quantitatif : Questionnaire sur les habitudes collaboratives des ostéopathes	33
Devis qualitatif : Questions ouvertes concernant les barrières et leviers à la collaboration interprofessionnelle	35
Structure du questionnaire	36
Population à l'étude	37
Critères d'admissibilité	37
Recrutement	38
Échantillon	39
Collecte des données	39
Analyse des données	39
RÉSULTATS	41
Caractéristiques des participants	41
Présentation des résultats	44
Devis quantitatif	45
Devis qualitatif	55
Synthèse des résultats	66
DISCUSSION	68
Pratiques collaboratives des ostéopathes québécois	68
Habitudes de référencement	69
Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle	70
Barrières à la collaboration interprofessionnelle	71
Leviers à la collaboration interprofessionnelle	72
Éducation à la collaboration interprofessionnelle chez les ostéopathes	74

FORCES, LIMITES ET IMPLICATIONS	76
Points forts	76
Limites	76
Implications pour la recherche future et la pratique	78
CONCLUSION	80
LISTE DES RÉFÉRENCES	xviii
ANNEXE A. Questionnaire	xxvi
ANNEXE B. Appel à la participation à l'étude, tel que publié sur les réseaux sociaux	40
ANNEXE C. Appel à la diffusion de l'étude, tel qu'envoyé par courriel	41
ANNEXE D. Caractéristiques sociodémographiques des participants	42
ANNEXE E. Réponses des participants au questionnaire	45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Comparaison des approches multidisciplinaire et interdisciplinaire, tiré de Miller et al. (2020)	9
Tableau 2. Raisons d'exclusion : rejet par le titre	13
Tableau 3. Résultats de la recension pour le Québec	16
Tableau 4. Résultats de la recension pour l'Australie	16
Tableau 5. Résultats de la recension pour l'Italie	18
Tableau 6. Résultats de la recension pour la France	18
Tableau 7. Résultats de la recension pour l'Allemagne	18
Tableau 8. Résultats de la recension pour l'Autriche	18
Tableau 9. Synthèse des facteurs facilitant la collaboration interprofessionnelle selon la revue de la littérature	23
Tableau 10. Synthèse des facteurs limitant la collaboration interprofessionnelle selon la revue de la littérature	25
Tableau 11. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête	42
Tableau 12. Environnement de travail des participants à l'enquête	43
Tableau 13. Fréquences générales de référencement à d'autres professionnels	49
Tableau 14. Fréquences générales de travail en collaboration interdisciplinaire	50
Tableau 15. Fréquences spécifiques de référencement vers d'autres professions	51
Tableau 16. Fréquences spécifiques de travail en interdisciplinarité	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle biopsychosocial selon Engel (1980)	6
Figure 2. Illustration des interactions entre les professionnels dans le plan de soin, selon Miller et al. (2020)	10
Figure 3. Diagramme PRISMA de la revue de littérature	15
Figure 4. Proportion des participants ayant suivi de la formation en lien avec la collaboration interprofessionnelle	45
Figure 5. Contexte de formation en lien avec la collaboration interprofessionnelle	46
Figure 6. Proportion des participants qui se sentent outillés pour collaborer de manière interprofessionnelle	46
Figure 7. Intérêt envers la collaboration interprofessionnelle	46
Figure 8. Professions les plus sollicitées pour de la collaboration	47
Figure 9. Fréquence de communication avec d'autres professionnels	48
Figure 10. Approches cliniques principales	48
Figure 11. Fréquence de contacts de la part de professionnels non-ostéopathes	49
Figure 12. Fréquence spécifiques de références vers d'autres professions	52
Figure 13. Fréquences spécifiques de collaboration avec d'autres professions	54
Figure 14. Moyens de communication préférés	54
Figure 15. Fréquence de retours de la part des professionnels contactés	55
Figure 16. Thèmes et sous-thèmes émergeants	56
Figure 17. Thèmes et sous-thèmes émergeants	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AQO	Association Québécoise des ostéopathes
BPS	Biopsychosocial
CIP	Collaboration interprofessionnelle
CPOQ	Corporation des professionnels ostéopathes du Québec
IPC	<i>Interprofessional collaborative practices</i>
MG	Médecin généraliste
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Office des professions du Québec
RITMA	Regroupement des Intervenants et Thérapeutes en Médecine Alternative et complémentaire
TRP	Thérapeute en réadaptation physique
UQAM	Université du Québec à Montréal

REMERCIEMENTS

Un merci tout spécial à celles et ceux qui prendront le temps de lire le fruit du dur labeur que représente un projet de recherche.

Merci à mes parents qui ont été des confidents, *cheerleaders*, invités improvisés pour déguster un gâteau au fromage à la rhubarbe pour me changer les idées, et surtout, une source d'inspiration (et d'amour !) à diriger mes études vers le domaine de la santé.

Merci à mes coloc et amis chers, Mémé et Fred, de m'avoir supportée au travers des longues sessions de rédaction et d'avoir prêté vos corps « pour la science. » Vous êtes ma famille choisie. On se fait un petit Bananagramme ?

Merci aux enseignants et collègues d'EPOQ et d'ENOSI qui ont marqué mon chemin et m'ont permis de grandir en tant qu'ostéopathe.

Enfin, un merci tout spécial à Émilie Faraud, femme de cœur, ostéopathe et enseignante exceptionnelle.

INTRODUCTION

L'ostéopathie connaît un essor considérable au Québec. Selon un sondage Léger (2020), un Québécois adulte sur quatre a déjà eu recours aux services d'un ostéopathe. Malgré sa popularité florissante, cette discipline se cantonne actuellement au domaine privé. Son absence d'intégration en milieu hospitalier peut s'expliquer par les incertitudes reliées à l'attente de la création d'un ordre protégeant le public, ainsi que par l'exclusivité de son enseignement en institution privée (Feireisen, 2024). François Lalonde, professeur associé au Département des sciences de l'activité physique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), affirme qu'en tant que praticiens préconisant une vision globale de la santé et d'acteurs de plus en plus présents dans le continuum de soins des Québécois, les ostéopathes se doivent d'intégrer une vision interdisciplinaire des soins (Ducharme, 2024).

La collaboration interdisciplinaire est une approche impliquant un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience de façon concomitante pour le mieux-être et le bénéfice des patients (D'Amour et al., 1999; Morin et al., 2017). Elle encourage une approche intégrée des soins et valorise la complémentarité des compétences des différents professionnels. À la lumière du contexte de l'ostéopathie décrit plus haut, il nous apparaît pertinent de sonder les ostéopathes au Québec sur leurs habitudes et dispositions quant à la dimension de collaboration interdisciplinaire.

Cette recherche construite autour d'un devis mixte propose de dresser le portrait des pratiques de collaboration interprofessionnelles chez les ostéopathes québécois œuvrant en milieu privé. Cette analyse se veut matière à réflexion pour la communauté ostéopathique quant à l'importance accordée au travail collaboratif ainsi que les obstacles à relever pour favoriser cet angle de pratique. Afin de poser les bases théoriques de la recherche, nous allons d'abord recenser les écrits traitant de collaboration interprofessionnelle chez les ostéopathes. Cette recension nous permettra également de colliger l'information nécessaire à la construction du questionnaire de notre enquête.

CONTEXTE

Ostéopathie

Dans un horizon où l'accès aux soins de santé conventionnels est ardu et où l'attente est monnaie courante, les thérapies alternatives et complémentaires dont l'ostéopathie fait partie prennent de l'expansion et gagnent en popularité. L'ostéopathie prend naturellement sa place au sein de cette lignée de disciplines qui voient le vivant autrement et dans sa totalité. Fondée en 1874 par le médecin états-unien Andrew Taylor Still, cette philosophie de soins holistique s'appuie sur cinq grands principes qui seront décrits ci-dessous.

Structure et fonction

Le corps humain est une charpente composée de structures qui interagissent constamment entre elles et avec leurs environnements physique et mental. L'ostéopathie s'appuie sur le principe que l'organisme ne peut convenablement accomplir ses fonctions que si la structure ou l'organe qui la dirige est en parfait état (Pilate, 2013). Cela signifie que la structure détermine la fonction, mais également l'inverse. Ainsi, à l'aide des interventions manuelles, il serait possible d'harmoniser soit la structure, soit la fonction en vue d'impacter positivement sa jumelle.

Forces d'auto-guérison du corps

Le corps a une force innée, une intelligence pour retrouver son équilibre face aux fluctuations de l'environnement : l'homéostasie. Ce maintien de l'équilibre physiologique réellement dynamique est mis à profit par l'ostéopathe, qui lève des barrières structurelles pour que l'organisme retrouve ses forces naturelles d'auto-régulation.

Le corps en tant qu'unité

Still considérait le corps à la fois comme une grande unité biologique, où tous les systèmes sont interdépendants (interdépendance régionale), mais également en tant qu'unité écologique où le corps est intimement lié à son environnement. En ce sens, « tout système vivant est une unité dont chaque partie est en relation mutuelle avec le tout. Chaque partie vit pour le tout et par le tout » (Tricot, 2003).

La suprême règle de l'artère

Une des grandes idées de Still touche l'importance capitale des artères; en effet, selon lui, « la règle de l'artère est suprême » puisque toutes les structures du corps humain nécessitent une bonne vascularisation pour fonctionner normalement (Tricot, 2003).

Le patient et non la maladie

L'individu est vu dans sa globalité, et non simplement comme une maladie ou une douleur. C'est réellement la vision holistique et centrée sur le patient qui est mise de l'avant avec ce concept : on s'intéresse à l'histoire de l'individu, à son patrimoine génétique, ses comportements, son environnement, etc. L'ostéopathe ne suit pas de protocoles prédéfinis et s'adapte à l'unicité de celui qui le consulte.

Enjeux propres à l'ostéopathie

Absence d'un ordre professionnel encadrant l'ostéopathie au Québec

Dès les années 2000, la question relative à l'encadrement légal de l'ostéopathie était un sujet discuté au bureau de l'Office des professions du Québec (OPQ), puisque la profession était jugée comme étant en expansion. Depuis la pandémie de COVID-19, de plus en plus de compagnies d'assurances offrent des remboursements pour les services en ostéopathie, témoignant de la reconnaissance croissante. En 2020, l'OPQ dépose officiellement un avis favorable à la création d'un ordre professionnel ayant pour but d'encadrer la pratique, en plus de la mise sur pied d'un programme de formation universitaire en ostéopathie (Office des professions, 2022).

Tant et aussi longtemps que les ostéopathes pratiquent sans être membres d'un ordre les régissant, ils s'exposent à des actes pouvant représenter des risques pour le public ou à l'exercice illégal de certaines professions. Rappelons qu'en 2017, des étudiants et enseignants d'une école d'ostéopathie québécoise ont été accusés de pratique illégale de la médecine : le diagnostic de maladies, la détermination de traitements médicaux et la prescription de traitement sont des actes réservés aux médecins (Dallaire, 2017). Ceci n'est qu'un exemple parmi quelques-uns où des ostéopathes ont en ce sens outrepassé la loi. En effet, les ostéopathes sont de plus en plus consultés en première intention pour des

problématiques relevant parfois au-delà de la sphère musculosquelettique. Ces interventions de première ligne sont souvent effectuées sans consultation médicale préalable, et donc sans diagnostic officiel. De plus, selon L'OPQ, « les ostéopathes ont recours à des activités semblables à celles de professionnels déjà encadrés », ce qui peut signaler un empiètement sur les actes réservés à une profession (2022). D'ailleurs, il a été recommandé dans ce même avis émis par l'OPQ en 2022 d'autoriser les ostéopathes à pratiquer les trois activités suivantes : évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique; appliquer des techniques manuelles viscérales et crâniennes; introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain au-delà des grandes lèvre ou de la marge de l'anus, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre.

Disparités dans le cursus scolaire

Au Québec, l'ostéopathie est uniquement enseignée en institution privée. L'Université du Québec à Montréal offre depuis 2024 deux programmes au deuxième cycle visant le perfectionnement en ostéopathie, mais ces certificats ne sont pas professionnalisants et ne s'adressent qu'aux ostéopathes déjà gradués. L'UQAM est ainsi la première université au Québec à offrir une formation dans le domaine, alors que cette discipline s'enseigne au niveau universitaire notamment aux États-Unis, en Australie, en Suisse, en Belgique et au Royaume-Uni (Ducharme, 2024).

Les particuliers souhaitant se former en ostéopathie au Québec n'ont d'autre choix que de se tourner vers un cursus scolaire privé. Or, les établissements privés sont nombreux et très hétérogènes dans leur contenu. Malgré les critères pour la formation établis par l'Organisation mondiale de la Santé en 2010, chaque organisation a sa propre signature. Une certaine proportion du contenu enseigné repose sur des modèles traditionalistes et empiriques faiblement soutenus par des écrits scientifiques, plutôt que sur des données probantes et rigoureuses d'un point de vue scientifique. Ainsi, tous les ostéopathes québécois n'ont pas le même bagage de connaissances lors de l'obtention de leur diplôme. On peut difficilement s'assurer d'un langage et d'une vision des soins homogènes d'une école à une autre. Cela rend la tâche difficile pour bien orienter le public vers un professionnel sécuritaire et à jour dans sa formation.

L'ostéopathie inscrite dans le modèle biopsychosocial d'Engel

Les cinq principes fondateurs de l'ostéopathie décrits précédemment reflètent toute l'importance que Andrew Taylor Still accordait aux notions d'interdépendance et d'homéostasie. En s'imprégnant de ces concepts pour les intégrer, on sent l'importance de la notion d'interrelation et de globalité. Ces caractéristiques se rattachent naturellement au modèle biopsychosocial (BPS) présenté par Engel dans les années 80. Engel critiquait le réductionnisme du modèle biomédical alors mis de l'avant. Il a proposé une philosophie de soins qui considère la douleur comme un phénomène dynamique, évolutif et unique dans son expérience. Le modèle BPS considère les aspects biologiques, psychologiques et sociaux qui contribuent à l'expérience de la douleur : la biologie du vivant, les émotions de l'individu, le contexte sociétal, la culture, l'environnement, les expériences passées, les croyances, la spiritualité, les attitudes et les attentes (Abrosimoff & Rajendran, 2020). C'est d'ailleurs cette idée d'intégrer tous les aspects du vivant qui en font une unité complexe qui est enseignée dans les écoles d'ostéopathie. La figure 1 illustre les dimensions de la santé selon le modèle BPS tel qu'initialement proposé par Engel.

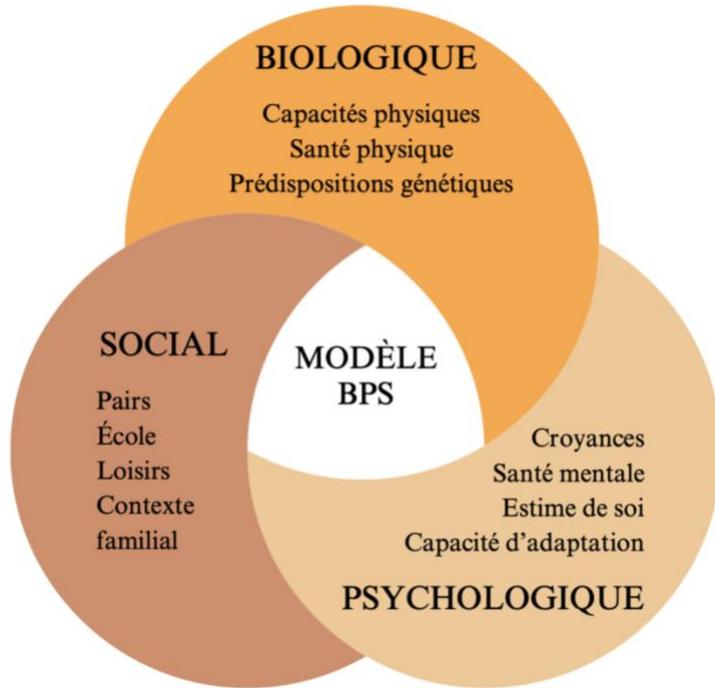


Figure 1. Modèle biopsychosocial selon Engel (1980)

Influences du modèle biopsychosocial

Depuis la proposition du modèle BPS, les pratiques de soin ont évolué pour prendre en compte la diversité de facteurs influençant la santé, autant dans son maintien que dans le développement de la maladie (Berquin, 2010). L'approche BPS, malgré les critiques, invite à dépasser la vision biomédicale unidimensionnelle de la maladie, ainsi qu'à combiner différentes disciplines, ceci permettant de s'adapter à l'unicité de chacun dans sa condition de santé propre (Barkham & Lambert, 2021). Tout cadre étroit se limitant à envisager uniquement les facteurs biologiques, seulement l'aspect psychologique ou exclusivement les paramètres sociaux passe nécessairement à côté de voies curatives qui gagneraient en efficacité si elles étaient combinées (Bolton, 2023). Rappelons que la douleur est une expérience individuelle et multifactorielle, unique à celui ou celle qui la vit (IASP, 2020). Une prise en charge adéquate nécessite non seulement une équipe pluridisciplinaire, mais également une approche interdisciplinaire de la douleur faisant appel à tous les organismes de santé concernés, y compris ceux de l'aide sociale (Rajan, 2012).

Au privé comme au public, il y a de nombreux avantages à réunir et combiner les forces de différentes disciplines, permettant d'offrir des soins cohérents et adaptés à l'individu. En effet, baser les décisions cliniques sur une seule dimension et définir la personne dans une catégorie unique simplifie à l'excès les schémas et interactions complexes associés à l'expérience individuelle de la douleur (Walton & Elliott, 2018). C'est ainsi que l'intégration des principes de la collaborations interprofessionnelle est un sujet incontournable dans l'avenir de nos structures de soins de santé, autant sur le plan clinique que organisationnel (Reeves et al., 2017).

Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle implique la mise en commun de connaissances ainsi que le partage d'expertises et d'expériences de différents professionnels face à une situation de soin. Le tout est orienté dans l'optique d'améliorer le mieux-être et les bénéfices de soin des patients (D'Amour et al., 1999; Morin et al., 2017). Dans cette vision, des disciplines variées travaillent ensemble, sous un même toit, et de manière intégrée. Les protagonistes ont des objectifs communs de traitement et des interventions coordonnées, qui

sont facilitées par une constante communication entre les membres de l'équipe (Miller et al., 2020). La CIP s'inscrit alors dans la vision holistique du modèle BPS dans le sens où elle encourage une approche intégrée des soins où la complémentarité des diverses compétences professionnelles sont valorisées. De plus, l'évolution du paysage des soins de santé ainsi que les avancements dans les pratiques médicales ont accentué le rôle croissant en importance de la CIP, des compétences professionnelles coordonnées et des soins centrés sur le patient (Lopane et al., 2024).

Les avantages d'une telle organisation des ressources des soins de santé sont nombreux. L'intérêt premier réside dans la facilitation de l'intégration des différentes disciplines de soins et l'amélioration de leurs résultats (Schot et al., 2020). La CIP est vue comme un modèle efficace de pratique des soins de santé, en plus d'être une stratégie essentielle pour leur réforme (Bachynsky, 2020). Il a été rapporté qu'une telle pratique collaborative améliore les bilans de la prestation des soins de santé (Guck et al., 2019). Elle permet de motiver la participation et de bonifier l'engagement des individus dans l'autogestion de leurs conditions médicales (Morgan et al., 2020). Des avantages ont été décrits autant pour les patients que les professionnels. Ces avantages comprennent l'amélioration des résultats de santé, la satisfaction des patients, l'utilisation efficace des ressources et la satisfaction professionnelle des membres de l'équipe. (Fleischmann et al., 2022). En ce sens, la CIP permet d'améliorer l'environnement de travail des prestataires de soins en égalisant la charge de travail du personnel, ce qui a pour autre effet d'augmenter leur satisfaction au travail (Carney et al., 2019). En somme, la pratique interprofessionnelle permet d'améliorer à la fois l'expérience des patients au niveau des soins apportés ainsi que celle des praticiens.

Limites de la collaboration interprofessionnelle

L'intégration de principes de collaboration apparaît comme une réponse à plusieurs enjeux. Cependant, la CIP peut être limitée s'il y a des déséquilibres d'autorité dans l'équipe collaborative ; s'il y a confusion dans les rôles et responsabilités de chacun ; et s'il y a des frictions entre les limites des différents professionnels (Baker et al., 2011). De plus, les différences de paradigmes de pratique entre les différents intervenants de santé peuvent compliquer l'établissement d'une collaboration efficace (Morin, 2017). Ainsi, les

professionnels collaborant entre eux doivent s'assurer d'avoir une communication et une compréhension limpides et efficaces pour fournir des soins de qualité et adaptés aux individus (Reeves et al., 2017).

Multidisciplinarité et interdisciplinarité

Bien que les termes *multidisciplinarité* et *interdisciplinarité* sont parfois interchangeables dans le langage courant, ils ne réfèrent pas au même concept. Le tableau 1 met en exergue les principales caractéristiques différenciant ces deux approches.

Tableau 1. *Comparaison des approches multidisciplinaire et interdisciplinaire, tiré de Miller et al. (2020)*

Approche multidisciplinaire	Approche interdisciplinaire
Intervenants de différentes disciplines	Intervenants de différentes disciplines
Approches, perspectives théoriques et objectifs parfois différents entre les intervenants	Approches, objectifs et discours communs
Communications limitées entre les intervenants	Communications fréquentes entre les intervenants
Modèle souvent hiérarchique	Fonctionnement collaboratif, complémentaire, plus de décisions par consensus
Faible ratio coût-efficacité	Ratio coût-efficacité élevé

Dans les deux cas de figure, on retrouve une relation entre des intervenants de différentes disciplines. Cependant, comme mentionné plus haut, l'approche interdisciplinaire se distingue par la variété de disciplines qui travaillent ensemble, sous un même toit, et de manière intégrée. Chaque intervenant a des objectifs communs de traitement et des interventions coordonnées qui sont facilitées par une constante communication entre les membres de l'équipe (Peng et al., 2008). La multidisciplinarité se caractérise par plusieurs professionnels qui accomplissent leurs tâches et interventions de façon indépendante. On remarque une communication moins élaborée et des plans d'intervention plus individualisés selon la vision de la discipline. À l'opposé, les intervenants en interdisciplinarité doivent synthétiser et harmoniser leurs points de vue et interventions. Il doit y avoir consensus sur l'élaboration de la prise en charge, ainsi que des discussions régulières concernant l'évolution des cas, des interventions et des objectifs de soin. Ces échanges en continu nécessitent que chaque intervenant connaisse les objectifs, méthodes et modalités des autres

disciplines. La communication au patient doit également être homogénéisée entre les thérapeutes, transmettant un message commun à l'individu. La vision interdisciplinaire demande donc beaucoup plus de coordination et de communication qu'en multidisciplinarité, ce qui explique son ratio coût-efficacité bien plus élevé (Turk et al., 2010). La figure 2 permet de mieux comprendre visuellement la distinction entre les approches unidisciplinaire, multidisciplinaire et interdisciplinaire. Le grand cercle représente l'environnement de soins d'un individu, et les plus petits cercles, les intervenants dans le plan de soins.



Figure 2. Illustration des interactions entre les professionnels dans le plan de soin, selon Miller et al. (2020)

Le continuum collaboratif évolue d'une pratique indépendante et unidisciplinaire où le professionnel interagit uniquement avec le patient et ses proches, à une pratique en parallèle dans laquelle l'intention est simplement d'obtenir des informations de l'autre professionnel. Ce phénomène se poursuit vers un exercice par référence dans laquelle il y a échange d'informations entre les intervenants, jusqu'à une pratique de concertation et de collaboration par rapport aux objectifs communs entre les disciplines (Morin et al, 2017).

Équipe interdisciplinaire

L'équipe interdisciplinaire qui gravite autour d'un patient fait intervenir de nombreux acteurs de la santé physique, psychologique et sociale ayant des actions et objectifs communs. Selon Turk et al., on peut notamment retrouver le médecin, l'infirmière, le psychologue, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le pharmacien, le nutritionniste, le travailleur social, mais également la famille de l'individu, le technicien en loisirs, le conseiller en orientation, le bénévole et l'employé de soutien (2010). L'avantage d'avoir autant de gens impliqués permet de maintenir l'essentielle vision globale de l'individu et de trianguler les informations à son sujet (Miller et al., 2020)

RECENSION DES ÉCRITS

But de la recension

Le but principal de cette recension était de synthétiser la littérature traitant des pratiques de CIP chez les ostéopathes. Ainsi, pour réaliser la recherche documentaire, nous avons utilisé les bases de données électroniques CINAHL, MEDLINE et AMED via le logiciel de recherche EBSCOhost. Les deux premières bases de données ont été choisies pour la qualité de leurs références et données s'inscrivant dans le domaine de la santé. En ce qui concerne la base AMED, cette dernière a été retenue en raison de la nature alternative et complémentaire de l'ostéopathie. Ces plateformes ont également été mises à profit pour approfondir ou bonifier les informations en lien avec notre recherche. Le diagramme PRISMA a été utilisé pour garder une trace du processus de triage des publications obtenues à l'aide de la recension des écrits. Zotero a été utilisé comme logiciel de gestion bibliographique.

Objectifs de recherche

Cette recherche a pour objectif dans un premier temps de documenter les pratiques de collaboration interprofessionnelle existantes, plus précisément dans le champ de pratique ostéopathique. Dans un second temps, nous souhaitons connaître les habitudes de référencement à d'autres professionnels, en plus d'explorer les facteurs facilitants et les barrières au développement de la CIP.

Méthodologie

Contexte et échantillonnage

Notre question de recherche s'est construite autour des principes de la méthode PICOTS, largement utilisée en contexte de recherche car permettant de clarifier la formulation des questions et concepts clés, ainsi que d'optimiser la construction de la recherche bibliographique. Ainsi, la population d'intérêt concerne les ostéopathes. L'intervention visait exclusivement les pratiques de collaboration interprofessionnelle chez

les ostéopathes, et la comparaison cherchait à mettre en exergue les pratiques ostéopathiques seules, et des pratiques ostéopathiques en interdisciplinarité. Les études recensées devaient décrire l'état des pratiques de CIP dans la population de cliniciens en ostéopathie. Enfin, la temporalité retenue était des 10 dernières années afin de ne conserver que les informations les plus contemporaines et mises à jour au besoin dans le corpus scientifique. Les textes retenus comprenaient notamment des études descriptives qualitatives, quelques études descriptives à devis mixte, des ethnographies ciblées, des études de cas et des études transversales.

Critères d'éligibilité

Les textes ont dû, pour être retenus, respecter des critères préétablis pour maximiser la précision et la validité des données. Les études devaient être publiées entre 2014 et 2024 pour s'assurer que le portrait de la CIP des ostéopathes soit actualisé. Nous avons supprimé les études ne parlant ni de méthodologies cliniques collaboratives, ni d'ostéopathie. Les études retenues devaient inclure la thérapie manuelle dans le champ de l'ostéopathie, et non dans celui d'une autre discipline possédant un statut différent au sein des établissements de santé et ne permettant pas de répondre à la question initiale de recherche. Pour refléter les pratiques d'interdisciplinarité des ostéopathes québécois, nous avons également choisi d'écartier les données relatives aux médecins ostéopathes des États-Unis, puisque leur titre de docteur leur confère un statut et des actes différents. Les études retenues devaient porter sur la pratique clinique de l'ostéopathie, et non son enseignement. Autant les textes en français qu'en anglais ont été conservés. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu par rapport au devis de recherche.

Concepts

C'est à partir des concepts phares de cette recherche, soit l'ostéopathie et la collaboration interprofessionnelle, que les mots-clés à utiliser dans les bases de données ont été identifiés pour ensuite être croisés, nous permettant d'obtenir de la littérature traitant de ces deux sujets.

Concept #1

osteopathy OR osteopath OR "osteopathic manual therapy"

Concept #2

interdisciplinary OR collaboration OR multidisciplinary OR interprofessional OR team

L'utilisation du MeSH (Medical Subject Headings) a favorisé l'utilisation de mots clés adéquats pour la recherche dans les bases de données et a permis d'ajouter les termes "*team*" et "*osteopathic manual therapy*" à notre liste. L'opérateur booléen OR a été inscrit entre les termes pour augmenter les possibilités de combinaisons dans la recherche. Nous avons utilisé l'opérateur booléen AND entre les concepts pour s'assurer d'une corrélation entre les deux sujets d'étude visés. La recherche fut lancée sur les bases de données mentionnées plus haut le 28 octobre 2024.

Sélection

Les critères de sélection décrits plus haut ont été observés pour la sélection des études, chacune ayant été triée individuellement. Lors de la recherche initiale, 373 résultats sont ressortis, et de ce corpus initial, seulement 17 articles correspondaient adéquatement aux spécificités de la recherche. Les résultats de recherche ont été transférés vers le logiciel Zotero, moins les 50 doublons qui furent retirés de ce transfert. L'analyse objective de chaque titre a permis de supprimer 27 doublons supplémentaires, ainsi qu'un total de 224 publications dont les raisons d'exclusion sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 2. *Raisons d'exclusion : rejet par le titre*

Nombre de titres rejetés	Raison d'exclusion
<i>n=13</i>	Traite de maladies et pathologies de l'os (<i>osteopathy</i>)
<i>n=31</i>	Traite d'une thérapie manuelle autre que l'ostéopathie
<i>n=16</i>	Traite des médecins ostéopathes aux États-Unis
<i>n=25</i>	Traite de collaboration dans l'éducation ostéopathique
<i>n=32</i>	Article du <i>Journal of Osteopathic Medicine</i> ou du <i>Journal of the American Osteopathic Association</i> traitant d'un sujet autre que la collaboration interprofessionnelle

<i>n=4</i>	Traite de recherche interdisciplinaire en ostéopathie
<i>n=71</i>	Ne traite pas de collaboration interdisciplinaire
<i>n=32</i>	Ne traite ni de collaboration interdisciplinaire, ni d'ostéopathie

Comme énoncé plus haut (tableau 2), les articles traitant des médecins ostéopathes états-uniens n'ont pas été retenus. En effet, la pratique ostéopathique de nos voisins du Sud est différente de celle au Québec, notamment parce que ce sont d'abord et avant tout des médecins. Leurs actes réservés étant différents, et non pas uniquement dans le champ de la thérapie manuelle, nous avons jugé que leurs habitudes de CIP ne reflétaient pas le contexte ostéopathique québécois. Ensuite, nous nous intéressons précisément à la pratique clinique de l'ostéopathie. C'est pourquoi nous avons rejeté les textes évoquant l'éducation et la recherche, deux sujets hors du champ purement clinique. Enfin, certains textes laissaient croire qu'ils allaient dans le sens de l'interdisciplinarité, mais une lecture attentive du titre a révélé dans certains cas qu'ils se dirigeaient davantage vers une complémentarité disciplinaire ou un comparatif entre différentes disciplines et ont pour cette raison été exclus.

Les résumés des 72 articles restants ont été lus et analysés selon les critères préétablis nommés plus haut. Ceci a permis d'exclure 41 textes qui ne répondaient pas clairement aux critères de sélection (9 avaient pour sujet la place de la collaboration au sein de l'éducation dans le cursus en ostéopathie, et 32 textes traitaient de complémentarité disciplinaire, mais pas de CIP).

À la suite de ces premières exclusions, 30 publications ont été portées à la lecture complète. 12 textes ont été exclus après lecture car ils n'apportent pas d'éléments descriptifs répondant aux objectifs de recherche quant à la CIP en ostéopathie ($n=9$) ou décrivaient des modalités collaboratives au sein de l'éducation, et non la pratique clinique ($n=3$). Les 18 publications restantes ont été analysées selon le sujet, la problématique, l'hypothèse, les objectifs, la méthodologie et la conclusion. L'ensemble du processus de sélection des textes retenus pour la recension des écrits a été illustré dans le diagramme PRISMA ci-dessous (figure 3).

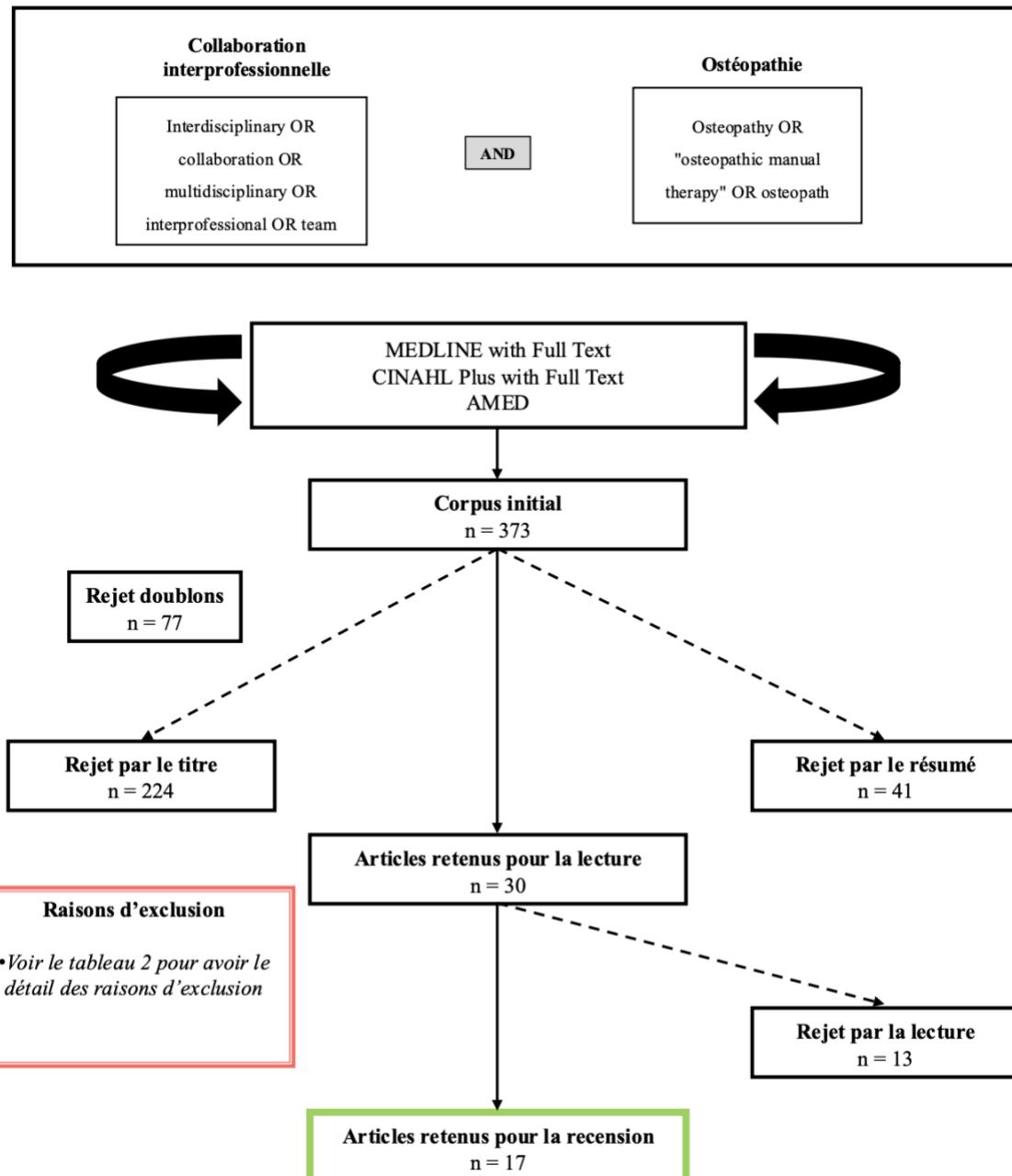


Figure 3. Diagramme PRISMA de la revue de littérature

Résultats

Les informations qui en ont été extraites au cours de la recension des écrits ont été résumées et colligées dans les tableaux 3 à 8. Nous avons choisi de présenter les textes en fonction de leur pays de provenance. Ce choix s'explique par le fait que les systèmes de santé

sont différents d'un pays à un autre, ainsi que l'aspect légal de l'ostéopathie. Il est de cette manière plus facile de cerner les distinctions dans les résultats d'un pays à un autre.

Tableau 3. *Résultats de la recension pour le Québec*

Auteur	Titre	Devis	Résultats
Morin et al. (2017)	Descriptive study of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths for the pediatric population in Quebec, Canada	Étude descriptive à devis mixte	36% des médecins et 41% des ostéopathes entretiennent des relations professionnelles ostéopathe/médecin. 50% des médecins ont référé des patients pédiatriques à des ostéopathes au moins 1 fois par mois. 3% des ostéopathes collaborent fréquemment avec des pédiatres. 81% des médecins et 85% des ostéopathes déclarent que la communication est nécessaire pour les dossiers en commun. Les méthodes de communication préférées sont les lettres ou la communication verbale par l'intermédiaire du patient.
Morin et al. (2017)	When, why, and how osteopaths and physicians communicate: Lessons learned from the results of a mixed methods study	Étude descriptive à devis mixte	2 thèmes principaux créent des contextes de communication : référencements et patients en situations complexes nécessitant un second avis. Principalement à sens unique, de manière indirecte, manque de retours et d'interactions, problèmes avec la terminologie utilisée, souvent limitée à des référencements.
Morin et al. (2018)	Enablers and barriers to the development of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths: A mixed methods study	Étude descriptive à devis mixte	Leviers à la CIP médecins/ostéopathes : o Résultats cliniques positifs rapportés par les patients o Si l'ostéopathe détient plus d'un diplôme o Expérience en pédiatrie et perception sécuritaire de l'approche ostéopathique Limites à la CIP médecins/ostéopathes : o Absence de langage commun et communications ardues pour expliquer clairement l'approche ostéopathique o Absence d'uniformité dans l'éducation des ostéopathes o Méconnaissance du rôle de chacune des professions o Manque d'interactions interprofessionnelles directes

Tableau 4. *Résultats de la recension pour l'Australie*

Auteur	Titre	Devis	Résultats
Toloui-Wallace et al. (2022)	When worlds collide: Experiences of physiotherapists, chiropractors, and osteopaths working together	Étude descriptive qualitative inductive	2 thèmes principaux : la collaboration et la résistance aux tensions inter professionnelles. 5 sous-thèmes : avantages de la CIP ; pratiques de CIP ; acceptation des similitudes et différences pour travailler sur des objectifs communs ; alignement vers la pratique fondée sur des données probantes; culture de la clinique.
Toloui-Wallace et al. (2024)	Fluid professional boundaries: ethnographic observations of co-located chiropractors, osteopaths and physiotherapists	Étude ethnographique ciblée	Les frontières entre ostéopathes, chiropraticiens et physiothérapeutes sont plus fluides lorsqu'ils travaillent dans la même clinique. Cela est influencé par des facteurs physiques (plan de la clinique, disposition des bureaux, taille des tables de traitement), sociaux (personnalité du thérapeute, langage) et organisationnels (durées de rendez-vous, honoraires, prestations d'assurances)
Grace (2014)	Interprofessional competencies in the curriculum: Interpretations	Étude descriptive qualitative	Certains enseignants en médecines complémentaires affirment que ces dernières n'auraient pas leur place dans un environnement hospitalier. Selon eux, la plupart des

	of educators from five health professions		réunions dites interprofessionnelles rassemblent des disciplines différentes où chacun représente sa profession sans qu'il y ait de véritable collaboration entre eux. L'éventail complet des disciplines de santé qui pourraient être incluses dans la CIP n'est pas exploité. Les ressources limitées et le manque d'éducation sur les médecines complémentaires peuvent y contribuer.
Vaughan et al. (2023)	Osteopathy Referrals to and from General Practitioners: Secondary Analysis of Practitioner Characteristics from an Australian Practice-Based Research Network	Sondage	Les ostéopathes australiens réfèrent régulièrement leurs patients à des médecins généralistes, ce qui les rend peut-être plus conscients de leur champ d'activité musculosquelettique. Le langage est important pour assurer la compréhension des requêtes de tous les partis.
Steel et al. (2020)	Providing maternity care from outside the system: perspectives of complementary medicine practitioners	Étude descriptive qualitative	Le vécu des professionnels prenant en charge une clientèle en périnatalité a permis d'identifier trois thèmes principaux décrivant leur pratique : les limites de l'exercice professionnel en dehors du système (impliquant le champ d'application et l'isolement de la pratique), la réglementation et les normes professionnelles limitées et mal définies, et la collaboration avec les prestataires de soins de maternité.
Fleischmann et al. (2022)	Demographic, practice and clinical management characteristics of osteopaths referring to podiatrists: secondary analysis of a nationally representative sample of Australian osteopaths	Sondage	Les ostéopathes sondés qui réfèrent à des podiatres sont plus à même de recevoir des références de podiatres, de faire des tests orthopédiques en clinique et de prendre en charge des plaintes de troubles posturaux par rapport à ceux qui ne collaborent pas avec des podiatres. 65,6% des sondés réfèrent à des podiatres. Le fait d'avoir une proximité de bureau semble faciliter les habitudes de référencement entre ces deux professions.
Amorim et al. (2024)	Osteopathic health care in aged care facilities: The experience of practitioners in an emerging practice setting	Étude descriptive qualitative	Les ostéopathes australiens travaillant en résidences pour personnes âgées nomment l'intérêt qu'ils ont envers la CIP par les expériences professionnelles satisfaisantes que cela leur procure. Par contre, ils relèvent l'insuffisance de l'organisation structurelle et du financement. On suggère un enseignement pré- et postuniversitaire mieux ciblé aux ostéopathes.
Carr et al. (2024)	'Thrown at twins' - A qualitative study exploring the lived experience of Australian osteopaths who regularly treat pediatric patients	Étude descriptive qualitative (phénoménologie)	Les ostéopathes australiens orientant leur pratique vers la pédiatrie sont supportés par une littérature grandissante sur l'efficacité de leurs interventions individuelles, multidisciplinaires et interprofessionnelles. Ils ont un large réseau de références (privé et public) : médecins généralistes, consultants en lactation, pédiatres, dentistes, physiothérapeutes, orthophonistes, infirmières, cliniques communautaires. La plupart des bébés sont déjà suivis par d'autres professionnels et une certaine proportion leur provient de références.
Gray & Orrock (2014)	Investigation into Factors Influencing Roles, Relationships, and Referrals in Integrative Medicine	Étude descriptive qualitative	Entrevue des praticiens de deux cliniques de médecine intégrative faisant intervenir des ostéopathes, naturopathes, médecins généralistes, psychologues. Facteurs facilitants : le partage d'une philosophie de soins, l'absence de hiérarchie entre praticiens, le respect entre individus Difficultés rencontrées : l'absence de définition claire de la médecine intégrative, la nature des relations entre praticiens, les divergences de philosophies de soin, la

			confiance envers les références lors d'un bris des limites professionnelles et de la protection du public
--	--	--	---

Tableau 5. *Résultats de la recension pour l'Italie*

Auteur	Titre	Devis	Résultats
Lopane et al. (2024)	Osteopathy in the Italian healthcare landscape: Perceptions and areas of competence according to healthcare professionals	Étude descriptive qualitative	Cette étude indique une tendance croissante à l'intégration de l'ostéopathie dans les modèles de soins multidisciplinaires, permettant d'améliorer les options thérapeutiques et la qualité des soins prodigués aux patients.
Russo et al. (2017)	Hypnosis and Osteopathic Manipulative Treatment for Visual Disorders During Pregnancy: A Case Report	Étude de cas	La collaboration interdisciplinaire entre un hypnologue, un ostéopathe et un ophtalmologue a permis d'évaluer et d'améliorer l'acuité visuelle au moyen terme chez une femme enceinte de 35 ans. Leur protocole de traitement incluait une intervention ostéopathique et d'hypnose.
Cerritelli et al. (2020)	The Italian Osteopathic Practitioners Estimates and RAtes (OPERA) study: How osteopaths work	Étude transversale	En Italie, l'ostéopathie est reconnue comme profession de santé, même si le processus de réglementation est toujours en cours. La CIP semble être mise de l'avant au sein de la pratique, principalement avec les physiothérapeutes, les médecins généralistes et d'autres ostéopathes. Travailler seul peut entraîner des pratiques de soin moins efficaces, un isolement professionnel, moins de rigueur clinique, une pratique centrée sur le praticien. La CIP peut améliorer les résultats cliniques, l'innovation et la coordination des soins.

Tableau 6. *Résultats de la recension pour la France*

Auteur	Titre	Devis	Résultats
Wagner et al. (2023)	The profile of French osteopaths: A cross-sectional survey	Étude transversale	Près de la moitié des ostéopathes sondés travaillent en clinique multidisciplinaire. Leurs principaux collaborateurs sont d'autres ostéopathes, des kinésithérapeutes, des psychologues, des médecins généralistes et des podologues. Les ostéopathes interrogés souhaitent une plus grande intégration de l'ostéopathie dans le système de santé français, pour favoriser de meilleures collaborations.

Tableau 7. *Résultats de la recension pour l'Allemagne*

Auteur	Titre	Devis	Résultats
Schmid et al. (2021)	Osteopathy in Germany: attitudes, beliefs and handling among general practitioners – results of a nationwide cross-sectional questionnaire survey	Étude transversale	Presque chaque médecin généraliste allemand sondé a déjà référé des patients en ostéopathie. Les facteurs influençant positivement un médecin à référer à un ostéopathe sont : si l'ostéopathe est qualifié et connu, que sa pratique soit géographiquement proche, que le feedback de la part du patient soit positif, que le médecin ait été traité avec succès en ostéopathie.

Tableau 8. *Résultats de la recension pour l'Autriche*

Auteur	Titre	Devis	Résultats
van Dun et al. (2022)	The Austrian Osteopathic Practitioners Estimates and RAtes (OPERA): A cross-sectional survey.	Étude transversale	Une tendance à inclure davantage de CIP se dessine chez la nouvelle génération d'ostéopathes qui reconnaissent sa valeur ajoutée dans la prise en charge clinique. Les jeunes ostéopathes ont plus tendance à pratiquer en clinique ou en équipe, alors que les plus vieux travaillent plus souvent seuls. 46% des répondants au questionnaire disent travailler en équipe, ce qui est une diminution par rapport à l'étude de 2011, où ce chiffre s'élevait à 67%.

La synthèse de ces textes a permis de faire ressortir 8 thèmes majeurs qui sont décrits dans la présente section.

Règlementation de l'ostéopathie

L'ostéopathie est partiellement réglementée dans certains pays d'Europe (Chypre, Norvège, Danemark, Finlande, France, Islande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Malte, Portugal, Suisse, Turquie, Royaume-Uni), où les praticiens ont des droits d'exercice limités, contrairement à leurs homologues américains qui ont le titre de médecin ostéopathe (van Dun et al., 2022; Wagner et al., 2024). En Italie, le processus de réglementation est toujours en cours et le champ d'application officiel des ostéopathes n'a pas encore été publié (Cerritelli et al., 2020), bien qu'actuellement cette thérapie manuelle soit limitée à la prise en charge de symptômes musculosquelettiques (Gray & Orrock, 2014). En Australie, la profession est réglementée par le *Osteopathy Board of Australia* et requiert un parcours universitaire de 4 à 5 ans (Amorim et al. 2024). En France, l'ostéopathie n'est pas considérée comme une profession de santé, bien qu'elle ait été réglementée en 2007 (Wagner et al., 2023). Depuis 2014, seuls les établissements français agréés par les Hautes autorités de Santé peuvent en délivrer l'enseignement. En Autriche, l'ostéopathie n'est ni reconnue, ni réglementée en tant que profession de santé. Seuls les médecins et les physiothérapeutes ayant suivi une formation à temps partiel totalisant minimalement 1 500 heures en 4 à 6 ans peuvent la pratiquer (van Dun et al., 2022). En Allemagne, seuls les médecins peuvent pratiquer l'ostéopathie, ainsi que les praticiens agréés par l'État et si la prise en charge est prescrite par un médecin. La formation varie grandement en contenu et en durée d'une école privée à une autre (Schmid et al. 2021).

Habitudes collaboratives

L’Australie est remarquable pour la littérature traitant des habitudes collaboratives de ses ostéopathes. L’analyse des résultats du *Australian Osteopathy Research and Innovation Network* (ORION) par Fleischmann et al. (2022) permet d’évaluer à 65,6 % la proportion d’ostéopathes australiens qui réfèrent de leur clientèle à des podiatres, et à 88,5 % vers des médecins généralistes (MG). Les ostéopathes australiens engageant des références vers des MG reçoivent 5 fois plus de références de leur part (Vaughan et al., 2023). Les ostéopathes prenant régulièrement en charge des populations pédiatriques affirment avoir un vaste réseau collaboratif : MG, physiothérapeutes, orthophonistes, consultantes en lactation et pédiatres (Carr et al., 2024). Enfin, Toloui-Wallace et al. décrivent les pratiques collaboratives entre ostéopathes, physiothérapeutes et chiropraticiens travaillant dans la même clinique comme étant fréquentes (2024).

En Italie, les ostéopathes semblent avoir une pratique de CIP principalement avec des physiothérapeutes, des médecins et d’autres ostéopathes, placés en ordre décroissant d’importance (Cerritelli et al., 2020).

En France, Wagner et al. ont recensé 44,8 % des ostéopathes comme travaillant au sein d’équipes multidisciplinaires (2024). De ce groupe, 18,4 % disent travailler avec des ostéopathes, 14,9 % avec des kinésithérapeutes, 14,6 % avec des psychologues, 10,7 % avec des MG et 10,2 % avec des podologues.

Les ostéopathes autrichiens travailleraient dans 46 % des cas dans un établissement réunissant plusieurs disciplines. 27,9 % de cet échantillon collaborent avec des physiothérapeutes, 25,2 % avec des ostéopathes, et 8,9 % avec des massothérapeutes van Dun et al. (2022).

En Allemagne, tel que décrit plus haut, seuls les médecins peuvent prescrire des traitements ostéopathiques. 91,3 % des MG déclarent avoir déjà recommandé des soins en ostéopathie à leurs patients, et 33,7 % le font fréquemment.

Au Québec, dans un contexte pédiatrique, 36 % des médecins ont une relation professionnelle avec des ostéopathes. Près de la moitié de cet échantillon réfère des patients

pédiatriques en ostéopathie au moins une fois par mois. La proportion d'ostéopathes collaborant avec un médecin s'élève à 41 % (Morin et al., 2017a).

Méthodes de collaboration interdisciplinaire

La littérature décrit quelques manières courantes de pratiquer en CIP pour les ostéopathes. La manière la plus directe et commune est de regrouper plusieurs bureaux dans une même clinique, permettant une communication directe formelle (salle de réunion) ou informelle (couloirs, cuisine, salle de pause). L'utilisation d'un intranet permet de partager les dossiers numériques entre professionnels de manière efficace et sécuritaire (Gray & Orrock, 2014). Enfin, la communication écrite ou rapportée par les patients permet aux professionnels d'échanger de l'information de manière directe et indirecte, et d'obtenir l'avis d'un autre professionnel pour des cas complexes (Morin et al., 2018).

Avantages de la collaboration interdisciplinaire

Le travail en équipe au sein des soins de santé se démarque pour son efficacité dans la prise en charge des conditions complexes; le total du groupe dépasse la somme des individus impliqués (Cerritelli et al., 2020). Mettre des efforts communs dans la même direction permet de mettre à profit les compétences, connaissances et spécialisations de chacun (Gray & Orrock, 2014). La discussion avec les pairs ainsi que l'échange d'expériences et de connaissances met en évidence les forces et faiblesses du groupe de travail, permettant de distribuer les rôles et ressources de manière plus efficace, ciblée et coordonnée. On remarque un effacement des hiérarchies et de la rivalité interprofessionnelle, ainsi que l'instauration d'un climat de confiance (Vaughan et al., 2023). Cela contribue également à optimiser l'alliance thérapeutique et l'adhésion du patient au plan de soins. De plus, les acteurs de la CIP en retirent des apprentissages soutenant leur développement comme thérapeutes (Amorim et al. 2024).

Les ostéopathes qui réfèrent de leur clientèle à des MG seraient plus conscients de leur champ d'activité concernant la sphère musculo squelettique (Vaughan et al., 2023).

Les auteurs français Wagner et al. considèrent la CIP comme un des ingrédients essentiels à la mise en place de systèmes de santé modernes et efficaces (2023). L'inclusion

de l'ostéopathie dans des équipes multidisciplinaires permet de diversifier l'offre thérapeutique et d'améliorer la qualité globale des soins prodigués aux patients, annonçant des paradigmes de soins plus complets et intégrés (Lopane et al., 2024).

Facteurs facilitants

Autant des facteurs physiques que organisationnels facilitent la mise en place de CIP. La proximité physique des bureaux incite à travailler de pair avec d'autres individus. Fleischmann et al (2022) ont relevé que les ostéopathes travaillant dans la même clinique qu'un podiatre ont plus tendance à leur référer des patients, et que cela influence également leur propension à contacter d'autres professionnels hors de la clinique : ils sont 4 fois plus susceptibles de référer à un médecin généraliste et réfèrent 2 fois plus souvent à d'autres acteurs de médecines complémentaires et alternatives.

Le partage d'une philosophie de soin, se rassembler autour d'une approche basée sur les preuves, la confiance et le respect dans les relations interprofessionnelles et la fluidité dans la construction des réseaux de référencement facilitent les pratiques collaboratives (Gray & Orrock, 2014; Toloui-Wallace et al., 2022; Carr et al., 2024). Ces éléments permettent de créer un environnement de travail sociable et supportant où les praticiens sont en phase avec la philosophie, le style et la rigueur de leurs référents. L'utilisation d'un langage anatomique et biomédical commun et compréhensible par toutes les professions aide à une meilleure orientation des patients (Vaughan et al., 2023). La compréhension commune du champ d'activité, du domaine d'expertise, du rôle et des limites des collègues facilite le choix du professionnel contacté pour établir une collaboration (Morin et al., 2017b; Toloui-Wallace et al., 2024).

Connaître un professionnel qualifié et de surcroît proche géographiquement augmente également significativement les taux de recommandation. Les MG qui ont été traités avec succès en ostéopathie et qui croient en son efficacité ont plus tendance à référer (Schmid et al., 2021). Les résultats cliniques positifs de l'ostéopathie rapportés par les patients favorisent le développement de réseaux de référencement. On rapporte également une bonification de la confiance en l'ostéopathie pour émettre des références si le

professionnel a une formation préalable en physiothérapie, ce qui augmente sa crédibilité (Morin et al., 2017b).

Les méthodes de communication semblent importantes pour permettre une collaboration efficace. Selon Morin et al., 81 % des pédiatres et 85 % des ostéopathes prenant en charge une population pédiatrique considèrent que la communication est nécessaire pour une prise en charge multidisciplinaire (2017a). Leurs méthodes de communication préférées sont les lettres ou la communication verbale par l'intermédiaire du parent de l'enfant.

Enfin, une opinion partagée par plusieurs auteurs concerne l'avènement de la régulation de l'ostéopathie. L'implémentation d'une juridiction et d'ordre professionnels serait un facteur favorisant la collaboration interdisciplinaire (Morin et al., 2017a; Wagner et al., 2023; Lopane et al., 2024).

Les différents facteurs facilitants relevés dans la littérature ont été synthétisés dans le tableau 9.

Tableau 9. *Synthèse des facteurs facilitant la collaboration interprofessionnelle selon la revue de la littérature*

Facteurs facilitant la collaboration interprofessionnelle	
Connaissances	Bien connaître le champ de pratique des autres professions : compréhension commune du champ d'activité, du domaine d'expertise, du rôle et des limites des autres professions
Expériences antérieures	Expérience personnelle positive et efficace du thérapeute avec la profession référencée Commentaire positifs de la part des patients sur la profession référencée Croyance en l'efficacité de l'ostéopathie
Langage	Utilisation d'un langage anatomique biomédical standardisé sans jargon spécifique à la profession et compréhensible par tous
Conception de la santé	Partage d'une philosophie de soins Se rassembler autour d'une approche basée sur les preuves Un ostéopathe ayant une formation préalable en physiothérapie verra sa crédibilité augmentée
Relations	Confiance et respect Réseaux interprofessionnels fluides et bien construits
Dimension physique	Proximité des bureaux de travail, pratiquer dans la même clinique
Aspect juridique	Implémentation d'une juridiction et d'un ordre professionnel pour l'ostéopathie

Facteurs limitants

Gray & Orrock relèvent plusieurs facteurs freinant la CIP : l'absence de définition claire de ce qu'est la médecine intégrative; la nature des relations entre les praticiens de diverses disciplines, notamment si une hiérarchie malsaine est perçue; le fait de ne pas partager la même philosophie de soins; le manque de confiance envers le professionnel ayant fait une demande de référencement (2014). Il arrive même que les recommandations et avis de la part d'un pair aille à l'encontre de la philosophie de soins d'un professionnel, créant des oppositions idéologiques et à l'extrême, un manque de respect pour ses compétences et croyances (Steel et al., 2020). De ce fait, une faible proportion d'ostéopathes présente une hésitation à référer vers certaines professions, telles qu'en médecine (Carr et al., 2024).

Si les professionnels de diverses disciplines ne sont pas bien informés des options en matière de soins de santé et qu'ils ont une connaissance limitée du champ de pratique de leurs pairs, la planification des soins peut être sous-optimale et on risque d'observer des plans de traitement n'étant pas réellement centrés sur le patient (Grace, 2014). Cela peut s'expliquer en partie par une éducation insuffisante à ce sujet dans les cursus scolaires des médecines complémentaires.

La nature de la communication peut freiner les élans collaboratifs : l'utilisation d'une terminologie biomédicale propre à une profession peut créer de l'ambiguïté et de la confusion selon la signification de ces termes dans ce contexte, instaurant des frontières entre les cliniciens (Toloui-Wallace et al., 2024). De plus, il arrive que les praticiens n'interagissent pas par voie directe, mais plutôt par propos peuvent parfois être déformés par les patients. Cela crée un terrain propice à un échange d'informations cliniques inexactes (Morin et al., 2017b; Steel et al., 2020).

L'aspect pécuniaire est à considérer : selon la structure chapeautant la coordination des équipes interdisciplinaires, il se peut que le financement soit insuffisant pour rémunérer les différents professionnels inclus dans la collaboration (Amorim et al. 2024). De plus, le fait que les tarifs par consultations varient d'une discipline à une autre peut renforcer les frontières entre professionnels lorsqu'ils s'articulent autour du même dossier. Cette concurrence salariale, dans le cas où la clinique rémunère ce genre de pratique, ainsi que le

temps supplémentaire requis pour les consultations communes, peuvent inhiber les élans à collaborer (Toloui-Wallace et al., 2024).

Le travail nécessaire ainsi que le temps pour établir et maintenir un réseau collaboratif n'est pas tâche facile : les praticiens rapportent fréquemment manquer de temps et d'énergie, faisant en sorte qu'ils ne se réunissent pas assez, et ne prennent pas le temps de le faire. Cela crée un sentiment d'isolement dans la pratique (Steel et al., 2020). Cette impression est renforcée par la perception partagée par certains praticiens d'un manque d'intérêt de la part de leurs collègues. La raison la plus fréquemment reçue concernerait la concurrence commerciale pour les clients, qui inhiberait la référence à d'autres professionnels. Dans un même ordre d'idées, le temps nécessaire à la rédaction de lettres de référencement de qualité représente une barrière considérable (Horler et al., 2023).

Les facteurs limitant la CIP retrouvés dans la littérature ont été colligés dans le tableau 10.

Tableau 10. *Synthèse des facteurs limitant la collaboration interprofessionnelle selon la revue de la littérature*

Facteurs limitant la collaboration interprofessionnelle	
Lacunes au niveau des connaissances	L'absence de définition claire de ce qu'est la médecine intégrative Méconnaissance des rôles et éducation insuffisante par rapport aux autres professions de santé
Lacunes communicationnelles	Absence d'un langage commun et compréhensible par tous, peu importe la profession; utilisation d'une terminologie biomédicale limitée à certaines professions Manque d'interactions interpersonnelles directes (le plus souvent via propos rapportés par les patients) créant des échanges d'informations cliniques inexactes
Relations	Nature des relations entre professionnels Perception d'un manque d'intérêt de la part des collègues
Conception de la santé et approches disciplinaires	Philosophies de soins divergentes Recommandations d'un professionnel allant à l'encontre de celles des pairs, pouvant aller à un manque de respect pour les compétences cliniques Manque de confiance envers le professionnel ayant fait une demande de référencement

Temps	Aspect chronophage de la rédaction de lettres de référence de qualité et de la conduite des rencontres interdisciplinaires créant un sentiment d'isolement dans la pratique
Aspect financier	Concurrence commerciale inhibant les références à d'autres professionnels Financement parfois insuffisant pour rémunérer chacun des acteurs selon la structure chapeautant la coordination des équipes interdisciplinaires
Aspect juridique	Contextes organisationnel et juridique instables quant à la réglementation de l'ostéopathie

Désavantages à ne pas user de pratiques collaboratives

Plusieurs textes vantant les mérites de la CIP décrivent également les désavantages à travailler de manière isolée. On retrouve notamment une possibilité accrue de ne pas appliquer rigoureusement les tests orthopédiques et médicaux en lien avec l'appareil neuromusculosquelettique, plus de chance que la pratique soit centrée sur le praticien, et qu'elle soit moins efficace et fructueuse (Cerritelli et al., 2020).

Pistes de solution pour mieux implanter la collaboration interprofessionnelle

Ainsi, il serait aidant pour les professionnels d'évoluer dans un environnement qui les supporte à suivre des formations continues ainsi qu'à entretenir des relations professionnelles et interprofessionnelles favorisant une approche d'équipe pour la prise en charge des clients. Il serait nécessaire d'inclure dans les cursus scolaires ostéopathiques des stratégies pour le bon fonctionnement du travail collaboratif, notamment par le biais de projets formatifs et de stages cliniques interdisciplinaires (Amorim et al. 2024). Par ailleurs, des ateliers formatifs en lien avec la CIP pourraient être développés pour sensibiliser les professionnels aux autres domaines de pratique et des manières de collaborer efficacement (Steel et al., 2020).

Selon Wagner et al., les ostéopathes français ont un fort désir d'une meilleure intégration de la pratique dans le système public, ce qui permettrait une meilleure collaboration avec d'autres professionnels de santé, mais également un meilleur remboursement par les compagnies d'assurances (2024).

L'utilisation d'un langage précis, universel et facile à comprendre, en plus d'éviter les jargons propres à une discipline permettrait une meilleure compréhension interdisciplinaire et des échanges écrits plus efficaces (Horler et al., 2023).

Une clinique australienne regroupant des ostéopathes, physiothérapeutes et chiropraticiens propose un forfait où le client ne paie que les honoraires du premier praticien consulté, peu importe le nombre de cliniciens qui ont collaboré sur son dossier. Ce système a été mis en place pour faciliter l'accès financier aux soins interdisciplinaires (Toloui-Wallace et al., 2024).

Conclusion

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence différents thèmes communs aux articles analysés. La plupart des écrits recensés décrivent les habitudes collaboratives des ostéopathes à divers endroits dans le monde, les avantages d'engager des pratiques de collaboration interprofessionnelle, ainsi que les facteurs limitants et les leviers à la CIP. Cependant, la majorité des articles se limite à la description de référencements entre professionnels, qui sont fréquents, et non de pratiques coordonnées sous le même toit incluant des ostéopathes. Les résultats obtenus témoignent donc davantage de multidisciplinarité que d'interdisciplinarité.

SOMMAIRE

L'ostéopathie est une discipline de plus en plus répandue au Québec. Cette popularité croissante contraste avec l'absence de reconnaissance juridique et d'intégration de cette discipline dans les réseaux de soins publics, même si les séances d'ostéopathie prodiguées contribuent chaque année à alléger la charge sur le système de santé. Comme il a été décrit plus tôt, la collaboration interdisciplinaire encourage une prise en charge intégrée, valorisant la complémentarité des compétences de différents professionnels, et apportant des avantages indéniables pour la clientèle. En plus de construire des solutions adaptées aux besoins complexes des individus, elle permet de potentialiser l'efficacité des interventions.

Malgré sa pertinence, la question des habitudes de collaboration interprofessionnelle chez les ostéopathes reste peu explorée au Québec. En effet, les ostéopathes pratiquent majoritairement en clinique privée, et leur inexistence au sein d'équipes multidisciplinaires en milieu hospitalier, contrairement à des disciplines comme la physiothérapie ou l'ergothérapie, soulève des interrogations. Cette démarche de recherche a donc pour but de documenter les pratiques collaboratives des ostéopathes québécois.

MÉTHODOLOGIE

Objectif de recherche

Notre revue de la littérature décrit les habitudes d'interdisciplinarité des ostéopathes dans quelques pays au travers du globe. En plus de statistiques concernant les fréquences de référencement vers d'autres professions et des habitudes collaboratives des ostéopathes, nous avons relevé les points communs qui facilitent et qui entravent les pratiques de collaboration interprofessionnelle.

Notre objectif principal est de documenter les pratiques de CIP chez les ostéopathes québécois. Nous souhaitons évaluer la transférabilité des informations recueillies à l'aide de la recension des écrits à la population ostéopathique québécoise actuelle. Nous avons pour objectifs secondaires de connaître les habitudes de référencement à d'autres professionnels, de comprendre la nature des frontières professionnelles perçues par les ostéopathes, ainsi que d'explorer et de décrire les facteurs facilitants et les barrières au développement de la CIP entre ostéopathes québécois et autres professionnels.

En ce sens, il nous a semblé adéquat d'allier des modalités d'évaluation quantitative et qualitative (méthode mixte) afin de bien cerner les objectifs décrits plus haut. Le volet qualitatif permet de relever certaines nuances propres à chaque individu, par exemple par rapport aux barrières interdisciplinaires perçues, chose qui serait difficile à relever dans une vision purement quantitative. Nous parviendrons ainsi à allier les avantages des deux volets et brosser un portrait intéressant et plus complet des pratiques de CIP des ostéopathes québécois.

Hypothèse de recherche

Notre recension des écrits nous amène à penser que les liens de référencement seront forts entre les ostéopathes et les médecins québécois. À la lumière des conclusions des études recensées, nous pensons que les ostéopathes québécois ont davantage des pratiques de référencement à d'autres professionnels que de réel travail en interdisciplinarité, où chacun travaille sous le même toit et de manière coordonnée. Nous

émettons également l'hypothèse que les principaux obstacles à l'établissement de pratiques collaboratives efficaces sont l'incertitude juridique entourant l'ostéopathie et l'absence d'intégration de la profession au sein du système de santé. Enfin, nous avons l'hypothèse que peu d'éducation soit prodiguée aux étudiants en ostéopathie, et que la population ostéopathique québécoise a acquis ses connaissances dans un contexte autre qu'au sein du cursus professionnalisant en ostéopathie.

Question de recherche

La question qui sous-tend cette recherche est la suivante : Quelles sont les habitudes de collaboration interprofessionnelle des ostéopathes québécois dans un contexte privé ?

L'aspect contexte privé est important ici puisque la majorité des intervenants en médecines complémentaires et alternatives, dont fait partie l'ostéopathie, œuvre dans le secteur privé, ce qui peut rendre plus difficile la collaboration par rapport en milieu institutionnel.

Objectifs de recherche

Objectif primaire

Documenter les pratiques de collaboration interprofessionnelle (CIP) des ostéopathes québécois.

Objectifs secondaires

Connaître les habitudes de référencement à d'autres professionnels des ostéopathes québécois.

Explorer les facteurs facilitants et les barrières au développement de la collaboration interprofessionnelle entre ostéopathes québécois et d'autres professionnels.

Devis méthodologique

Nous avons choisi un devis de recherche mixte alliant autant des données qualitatives (questions ouvertes) que quantitatives (questions fermées). Cette structure permet d'interpréter les données recueillies sous l'égide des forces combinées des deux

méthodologies, et d'avoir une analyse synergique et plus complète de la question de recherche (Liamputtong, 2019). Cependant, en raison du volume de questions plus grand intéressant le volet quantitatif, nous estimons que le devis mixte n'est pas équivalent. Il convient toutefois de mentionner que les questions qualitatives permettent de relever davantage de matériel, et donc une base de données conséquente.

L'utilisation du devis qualitatif sous forme de questionnaire nous a paru le plus pertinent compte tenu du fait qu'une question ouverte laisse plus de place aux opinions des participants pour élaborer à sa guise sa réponse. Il n'y a pas de risque d'influencer des réponses en donnant des suggestions ou des cases à cocher. Nous avions à cœur de laisser la créativité et l'expérience des participants s'exprimer librement, le vécu de chacun étant unique. Cependant, la partie quantitative n'étant pas à négliger pour autant, nous avons préconisé plusieurs questions avec gradation sur des échelles de fréquence permettant d'avoir des résultats calculables et objectivables à la fin de l'étude. Chaque question du formulaire, autant quantitative que qualitative, était précédée d'instructions claires pour s'assurer que le participant réponde adéquatement à la question. Certains mots essentiels à la compréhension de la question ont été calligraphiés en gras ou soulignés pour attirer l'attention du participant. De plus, le questionnaire complet a été testé sur trois étudiantes en ostéopathie pour assurer de sa clarté, à la suite de quoi des ajustements mineurs ont été apportés pour en bonifier la structure et le contenu.

Devis quantitatif : Questionnaire sur les habitudes collaboratives des ostéopathes

Les questions fermées et à choix multiple de type quantitatif ont été élaborées autour de l'objectif de décrire les habitudes de référencement et de collaboration chez les ostéopathes, ainsi que la fréquence associée. Un total de 28 questions a été formulé pour évaluer l'aisance des ostéopathes avec la CIP, et leurs habitudes communicationnelles, collaboratives et de référencement.

Les questions quantitatives suivantes ont été présentées aux participants à l'étude :

1. Travaillez-vous en clinique privée en solo ou en clinique avec d'autres professionnels?

2. Si vous travaillez en clinique avec d'autres professionnels, quelles sont les professions de vos collègues?
3. Quel type de clientèle recevez-vous régulièrement en clinique?
4. Avez-vous déjà suivi une formation ayant trait aux pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé? Si oui, veuillez préciser où l'aspect formatif a été prodigué.
5. En tant qu'ostéopathe, quel est votre intérêt à collaborer avec d'autres professionnels de la santé?
6. Vous sentez-vous outillé pour collaborer avec d'autres professionnels de la santé?
7. Avez-vous une relation professionnelle avec au moins un autre professionnel de la santé (physiothérapeute, chiropraticien, ergothérapeute, médecin, etc) pour référer, recevoir des références ou partager de l'information concernant un client?
8. Quelle est la profession avec laquelle vous collaborez le plus souvent?
9. À quelle fréquence communiquez-vous avec d'autres professionnels de la santé (non ostéopathes) concernant votre clientèle?
10. Quel est votre moyen de communication préféré pour contacter d'autres professionnels de la santé?
11. À quelle fréquence recevez-vous un retour (écrit, verbal ou autre) du professionnel contacté?
12. À quelle fréquence des professionnels non ostéopathes font appel à nous pour votre expertise?
13. Lors de vos consultations en clinique, de manière générale, avez-vous plutôt tendance à avoir une approche unimodale, multidisciplinaire ou interdisciplinaire?
14. Dans un mois typique, combien de fois référez-vous un de vos clients à un autre professionnel?
15. Dans les 6 derniers mois, combien de fois avez-vous référé un de vos clients à un autre professionnel?

16. Dans un mois typique, combien de fois travaillez-vous directement avec un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) en interdisciplinarité?
17. Dans les 6 derniers mois, combien de fois travaillez-vous directement avec un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) en interdisciplinarité?
18. À quelle fréquence référez-vous des clients en physiothérapie?
19. À quelle fréquence référez-vous des clients en ergothérapie?
20. À quelle fréquence référez-vous des clients en chiropratique?
21. À quelle fréquence référez-vous des clients à un médecin?
22. Y a-t-il d'autres professionnels à qui vous référez vos clients? Si oui, nommez-les. À quelle fréquence référez-vous à ces professionnels?
23. À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un.e physiothérapeute pour prendre en charge vos clients?
24. À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un.e ergothérapeute pour prendre en charge vos clients?
25. À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un.e chiropraticien.ne pour prendre en charge vos clients?
26. À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un médecin pour prendre en charge vos clients?
27. Y a-t-il d'autres professionnels avec qui vous travaillez conjointement pour prendre en charge vos clients? Si oui, nommez-les. À quelle fréquence travaillez-vous avec chacun?

Devis qualitatif : Questions ouvertes concernant les barrières et leviers à la collaboration interprofessionnelle

Quatre questions à développer ont été rédigées selon les thèmes que nous souhaitions explorer, à savoir les barrières et leviers à la CIP perçues par les ostéopathes. Nous souhaitions relever leur perception sur ces facteurs dans leur expérience personnelle, ainsi que leur perception globale de la profession face aux difficultés associées à la CIP, et les facteurs la favorisant.

Les quatre questions du volet qualitatif qui ont été proposées aux participants sont les suivantes :

1. Quelles difficultés rencontrez-vous personnellement lorsque vous tentez de collaborer avec d'autres professionnels de la santé?
2. Quels facteurs facilitent personnellement votre collaboration avec d'autres professionnels de la santé?
3. De manière générale, selon vous, quels facteurs limitent la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de la santé?
4. De manière générale, selon vous, quels facteurs facilitent la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de la santé?

Structure du questionnaire

Le questionnaire (annexe A), autant pour la section qualitative que celle quantitative, a été créé en s'inspirant de celui proposé une thèse de doctorat, elle-même s'étant basée sur une revue des questionnaires existants concernant la CIP médecins et les praticiens en médecines complémentaires (Morin, 2017). Nous nous sommes également reposés sur les manuels de référence *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (Liamputpong, 2019) et *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (Fortin & Gagnon, 2016) pour concevoir la structure de nos questions, ainsi que sur la revue de littérature présentée précédemment. Bien que notre approche se soit appuyée sur les sources citées précédemment, nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'outils validés spécifiques aux objectifs de notre étude.

Le questionnaire a été rédigé et publié en ligne. Nous avons choisi de l'héberger sur la plateforme Google Forms pour sa facilité d'utilisation et son interface visuellement simple et efficace.

Le questionnaire a été divisé en huit sections : la première servant d'introduction à la recherche, les cinq suivantes contenant les questions directement en lien avec la présente étude, la septième servant à récolter les données sociodémographique des participants, et la dernière ayant pour but de clore le questionnaire.

Le formulaire débute donc par la description de l'objectif de l'enquête et l'énumération des critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation. Un encadré

décrit l'importance de bien lire les questions pour que les réponses soient le plus fidèles à la réalité possible, ainsi que la nécessité d'envoyer le formulaire pour que les réponses soient enregistrées. Les participants sont alors informés du temps estimé nécessaire à la participation au questionnaire, de l'absence de bénéfices et inconvénients à la participation à l'enquête, des délais octroyés pour envoyer les réponses, ainsi que les coordonnées de l'étudiante. Un point d'honneur est mis sur la confidentialité, le respect de l'intimité et de l'anonymat, et la sécurité des données fournies. Pour accéder au questionnaire, le bouton « *J'accepte librement et de ma volonté propre de participer anonymement à ce questionnaire. Je consens à ce que l'étudiante utilise mes réponses tel que décrit plus haut, strictement dans le cadre d'un projet de fin d'études en ostéopathie* » doit obligatoirement être coché, nous assurant que seuls les participants consentent librement et de manière éclairée au contexte du questionnaire puissent y participer.

Les cinq sections de questions ont été séparées selon l'objectif de collecte de données. Ainsi, les thèmes d'environnement de travail, de perception et d'aisance face à la CIP en santé, de fréquence des habitudes collaboratives, d'habitudes de référencement vers d'autres professions ainsi que d'habitudes de travail en interdisciplinarité ont été évalués. Une échelle de Likert en 5 points a été utilisée pour quantifier les fréquences de référencement et de travail en interdisciplinarité : jamais, rarement, parfois, souvent, systématiquement.

Le questionnaire se conclut par une collecte des données sociodémographiques des participants. Enfin, des remerciements précèdent le rappel des coordonnées de l'étudiante.

Population à l'étude

La population qui a été ciblée pour réaliser l'étude était l'ensemble des ostéopathes diplômés ou finissants et ayant une pratique active au Québec.

Critères d'admissibilité

Critères d'inclusion

Tout ostéopathe finissant ou diplômé (D.O.) d'une école se qualifiant selon les normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2010) et comprenant suffisamment

le français écrit pour pouvoir remplir le questionnaire avec aisance était éligible à l'étude. De plus, tout participant devait avoir pratiqué l'ostéopathie au Québec dans la dernière année, assurant ainsi que les données partagées soient représentatives de l'état actuel de la pratique, et non celui d'années antérieures. Rappelons que l'intérêt premier de cette étude était de dresser le tableau le plus récent possible des habitudes de CIP chez les ostéopathes québécois. Enfin, notons que pour être inclus dans l'étude, le questionnaire devait être dûment rempli et envoyé. Il était de plus obligatoire de signer la clause de consentement libre et éclairé de participation à l'étude pour que les résultats puissent être admis à l'étude.

Critères d'exclusion

Le principal motif d'exclusion à l'étude était basé sur la non pratique de l'ostéopathie au Québec puisque les résultats seraient alors non pertinents dans le cadre de cette étude québécoise. Un ostéopathe étudiant ne pratiquant pas encore n'aurait pas de réponses à fournir quant à ses habitudes de CIP. De plus, tout candidat n'ayant pas le niveau de français écrit adéquat pour bien comprendre et répondre au questionnaire a été exclu, limitant ainsi les biais et erreurs de compréhension pouvant fausser les réponses recueillies.

Recrutement

L'appel à la participation au questionnaire (annexe B) a été diffusé sur le réseau social *Facebook* sur les pages suivantes : la page personnelle de l'étudiante, Justine Carrier, le groupe privé « *Regroupement des ostéopathes du Saguenay-Lac-Saint-Jean* », ainsi que le groupe privé « *Association des étudiants et enseignants d'ENOSI* ». Nous avons également contacté par courriel (annexe C) le groupe RITMA (Regroupement des Intervenants et Thérapeutes en Médecine Alternative et Complémentaire), Ostéopathie Québec, l'Association Québécoise des Ostéopathes (AQO) et la Corporation des professionnels ostéopathes du Québec (CPOQ) pour qu'ils puissent diffuser le questionnaire au sein de leurs membres. La CPOQ ainsi que l'AQO nous ont confirmé qu'ils acceptaient de transmettre l'invitation à leur communauté, mais nous n'avons pas reçu de retour de la part de RITMA et Ostéopathie Québec.

Pour maintenir l'intérêt du questionnaire, augmenter le nombre de participants et maximiser le nombre de personnes touchées, un rappel a été publié sur le réseau social

Facebook tous les 20 jours, une fréquence qui nous apparaissait adéquate pour garder l'intérêt vivant sans tomber dans une fréquence déplaisante.

Échantillon

L'échantillon s'est construit grâce au volontariat des participants à répondre au questionnaire. Un facteur important à mentionner est l'importance de l'exposition à l'invitation à remplir le questionnaire de la population visée, puisque ce dernier peut avoir un impact direct sur la participation à l'étude.

Collecte des données

La collecte des données a été réalisée grâce à la plateforme hébergeant notre questionnaire, soit *Google Forms*, qui permet de consigner les résultats de manière anonyme, de sorte que l'étudiante n'a jamais été en contact avec l'identité des participants. Le questionnaire a été diffusé sur une période de 3 mois pour maximiser son temps de circulation tout en respectant les délais imposés au projet de recherche. Il a donc été mis en circulation du 5 novembre 2024 au 5 février 2025. Les données seront conservées sur la plateforme pour une période de 5 ans, permettant à quiconque s'intéressant au projet d'y avoir accès. Elles seront par la suite supprimées.

Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées selon une méthode d'analyse statistique descriptive, tandis que les données qualitatives ont été analysées selon leur thème. Toutes ces données ont finalement été colligées dans des graphiques et tableaux décrits dans la section discussion.

L'analyse statistique descriptive a été exécutée à l'aide du logiciel de traitement des données de *Google Forms*.

L'analyse thématique des données qualitatives a été réalisée en se basant sur l'approche analytique de Braun et Clarke (2013). Les textes des réponses ont été légèrement lissés afin de diminuer les répétitions de mots et ajuster la syntaxe. Leur essence a cependant été gardée intacte. Les données écrites ont d'abord été organisées en un tableau

pour optimiser leur lecture. Cela a visuellement facilité notre familiarisation aux concepts par leur lecture répétée, cette dernière nous ayant permis de nous y immerger complètement. Cette révision attentive a permis d'extraire les aspects importants des réponses, créant la base de nos données qualitatives. Un code de couleurs a été utilisé pour catégoriser les réponses selon la thématique à laquelle elles référaient. Ce codage a permis de faire ressortir les thèmes et catégories de l'analyse. Les réponses uniques ou décalées par rapport à l'ensemble ont été mises de côté pour que les données présentées soient le plus représentatives et transférables possibles, et non pas uniquement anecdotiques.

Les portions quantitative et qualitative ont finalement été intégrées ensemble dans la portion discussion. Cette section permet de contraster les informations relevées au sein de l'étude et ainsi dresser le portrait que nous souhaitions présenter.

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats issus de notre enquête. Nous dresserons d'abord le portrait sociodémographique des participants. Les résultats en lien avec les deux portions de notre devis mixte, soit les volets qualitatif et quantitatif, seront par la suite exposés.

Caractéristiques des participants

Le tableau 11 présente les caractéristiques sociodémographiques des 24 participants retenus à l'enquête. Le détail de chacun des participants a également été synthétisé et présenté en annexe (annexe D). Rappelons que le recrutement et les critères d'éligibilité ont été décrits dans la section méthodologie.

Tableau 11. *Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête*

Caractéristique	n	%
Identité de genre		
Femme	20	83,3
Homme	4	16,7
Âge		
< 25 ans	1	4,2
25 à 34 ans	4	16,7
35 à 44 ans	12	50
45 à 54 ans	6	25
55 à 64 ans	1	4,2
> 65 ans	0	0
<i>Moyenne</i>	<i>42 ans</i>	
Expérience en ostéopathie		
< 1 an	1	4,2
1 à 2 ans	5	20,8
3 à 5 ans	10	41,7
6 à 10 ans	6	25
11 à 15 ans	1	4,2
> 15 ans	1	4,2
<i>Moyenne</i>	<i>5 ans</i>	
Statut vis-à-vis de l'ostéopathie		
Professionnel.le diplômé.e	16	66,7
Étudiant.e	8	33,3
Enseignant.e	4	16,7
Formations antérieures		
Formation collégiale générale	9	37,5
Technique de réadaptation physique (TRP)	5	20,8
Soins infirmiers	3	12,5
Sciences biomédicales	1	4,2
Massothérapie	7	29,2
Orthothérapie	3	12,5
Kinésithérapie	2	8,3
Sport et fitness	2	8,3
Biologie	1	4,2
Biologie moléculaire (B Sc)	1	4,2
Immunologie (B Sc)	1	4,2
Arts	1	4,2

Préparation physique et mentale du sportif de haut niveau (M Sc)	1	4,2
--	---	-----

La majorité des participants à l'étude s'identifient au sexe féminin (83,3 %; $n=20$). Au niveau de la répartition de l'âge des répondants, la plupart se situe dans la tranche d'âge des 35 à 44 ans, soit 50 % de l'échantillon ($n=12$). Pour ce qui est de l'expérience en tant qu'ostéopathes, la plus grande proportion des participants (41,7 %; $n=10$) a déclaré pratiquer depuis 3 à 5 ans. Les deux tiers des sondés étaient des professionnels diplômés en ostéopathie (66,7 %; $n=16$), le reste ayant le statut d'étudiant. 17 participants (70,8%) détenaient un diplôme antérieur à leur cursus en ostéopathie, la massothérapie (41,2%) et la technique de réadaptation physique (23,5%) représentant la plus grande proportion de ces formations antérieures.

Le tableau 12 démontre l'environnement de travail des participants, incluant la situation de travail, le domaine d'expertise des collègues le cas échéant, ainsi que les types de clientèle prises en charge.

Tableau 12. *Environnement de travail des participants à l'enquête*

		<i>n</i>	<i>%</i>
Situation de travail	Clinique privée en solo	7	29,2
	Clinique avec d'autres professionnels	12	50
	Parfois en solo, parfois avec d'autres professionnels	5	20,8
Professions des collègues (le cas échéant)	Ostéopathe	14	82,4
	Physiothérapeute ou TRP	8	47
	Chiropraticien	3	17,6
	Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute	13	76,5
	Acupuncteur	6	35,3
	Kinésiologue	3	17,6
	Psychologue	5	29,4

	Médecin	3	17,6
	Infirmière	3	17,6
	Entraîneur personnel	1	5,9
	Travailleur social	2	11,8
	Naturopathe	1	5,9
	Hygiéniste dentaire	1	5,9
	Sexologue	1	5,9
	Art thérapeute	1	5,9
	Criminologue	1	5,9
	Hypnothérapeute	1	5,9
Type de clientèle	Pédiatrie	14	58,3
	Périnatalité	8	33,3
	Adultes	21	87,5
	Sportifs	15	62,5
	Personnes âgées (> 65 ans)	15	62,5
	Troubles neurocognitifs	5	20,8
	Douleurs chroniques (persistantes)	19	79,2
	Anciens combattants	4	16,7
	Douleurs neurologiques	1	4,2

Les ostéopathes exerçant en clinique avec d'autres professionnels représentent la moitié de l'échantillon ($n=12$; 50%), et environ le cinquième travaillent parfois par eux-mêmes, parfois en clinique multidisciplinaire ($n=5$; 20,8%) De ce groupe, leurs collègues les plus fréquents sont d'autres ostéopathes ($n=14$; 82,4%), des massothérapeutes, kinésithérapeutes ou orthothérapeutes ($n=13$; 76,5%) des physiothérapeutes ou TRP ($n=8$; 47%), et des acupuncteurs ($n=6$; 35,3%).

Présentation des résultats

Les résultats tirés des données qualitatives ont été séparés de ceux du versant quantitatif. L'analyse et l'interprétation n'étant pas de même nature, il nous semblait pertinent de les scinder pour en faciliter la présentation. Les réponses détaillées selon chaque participant sont présentées en annexe (annexe E).

Devis quantitatif

Les réponses aux questions fermées ont parfois été exposées sous forme de texte suivi, parfois sous forme de graphique dans un souci d'alléger la présentation.

Formations en lien avec la collaboration interprofessionnelle

La figure 4 fait état de la proportion de participants ayant déjà suivi une formation sur les pratiques de CIP en santé. Ainsi, 45,8% ($n=11$) de l'échantillon a déclaré avoir déjà été formé en ce sens, contre 54,2% ($n=13$) n'ayant pas reçu d'enseignement à ce sujet.

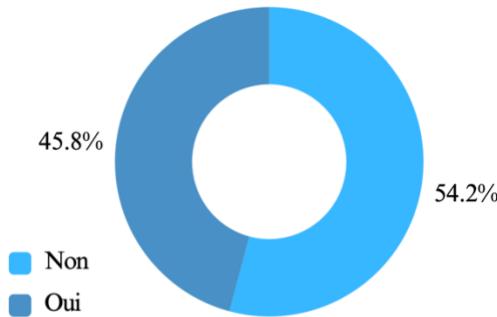


Figure 4. Proportion des participants ayant suivi de la formation en lien avec la collaboration interprofessionnelle

Les participants ayant déclaré avoir acquis des apprentissages relatifs à la CIP se sont majoritairement vus instruits à cette pratique dans le cadre de formations continues pour les ostéopathes. Ceci est le cas pour 50% de ce sous-groupe ($n=6$). La figure 5 démontre les autres contextes où l'aspect formatif a été prodigué. Les pourcentages respectifs pour les différents contextes sont de 33,3% ($n=4$), 16,7% ($n=2$) et de 8,3% ($n=1$).

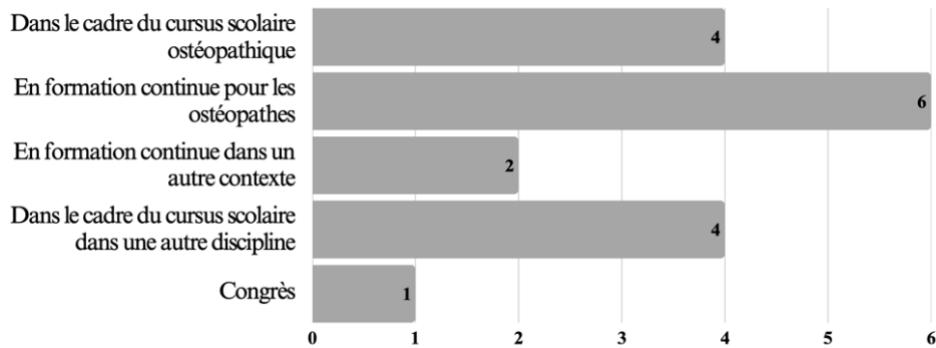


Figure 5. Contexte de formation en lien avec la collaboration interprofessionnelle

À la lumière de ces informations, il a été demandé aux participants s'ils se sentent outillés pour collaborer avec d'autres professionnels de la santé. La majorité des participants (70,8%; $n=17$) ont répondu par l'affirmative. Près du quart (29,2%; $n=7$) ont répondu non à cette question, traduisant leur manque d'aisance à s'inscrire dans une vision de CIP. La figure 6 fait état de ces résultats.

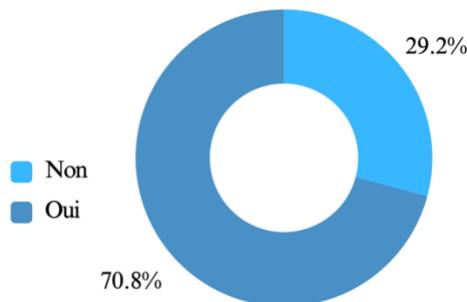


Figure 6. Proportion des participants qui se sentent outillés pour collaborer de manière interprofessionnelle

Intérêt pour la collaboration interprofessionnelle

La figure 7 présente l'intérêt des participants à collaborer avec d'autres professionnels de la santé. Ainsi, 69,6% ($n=16$) présentent beaucoup d'intérêt à mettre en place cette collaboration, contre 30,4% ($n=7$) ayant un bon intérêt. Aucun participant n'a choisi les réponses ne témoignent d'aucun intérêt, d'un intérêt faible ou d'un intérêt neutre envers la collaboration interprofessionnelle.

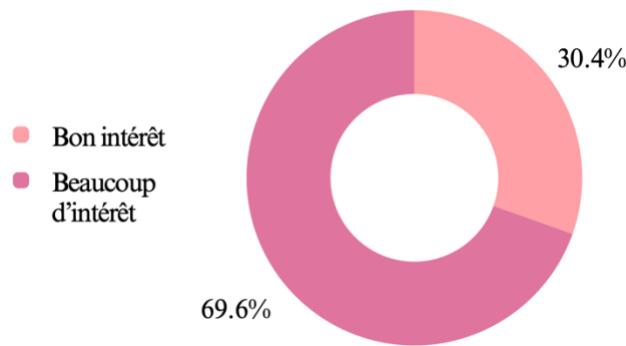


Figure 7. Intérêt envers la collaboration interprofessionnelle

Fréquence de pratiques collaboratives

Cette section de questions concerne les fréquences d'habitudes collaboratives des ostéopathes sondés. Il leur a d'abord été demandé s'ils avaient au moins une relation professionnelle de confiance pour conduire des référencements, recevoir des références ou partager de l'information concernant leur clientèle. 100% des participants ($n=24$) ont répondu par l'affirmative. La *figure 8* met de l'avant les professions avec lesquelles les participants collaborent le plus souvent dans leur pratique quotidienne. La physiothérapie est la modalité de soins la plus fréquemment contactée avec 43,5% des participants ($n=10$), suivie par l'ensemble massothérapie, kinésithérapie et orthothérapie dans 17,4% des cas ($n=4$). La chiropratique a été nommée par 13% des participants ($n=3$).

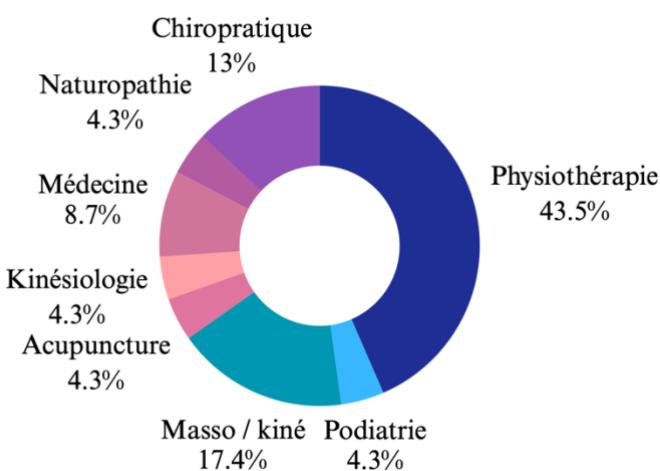


Figure 8. Professions les plus sollicitées pour de la collaboration

Une échelle de Likert en cinq points a été utilisée pour quantifier la fréquence à laquelle les participants communiquent avec d'autres professionnels de la santé non-ostéopathes concernant leur clientèle. La *figure 9* indique que 45,8% des participants le font régulièrement ($n=11$), contre 37,5% qui le font parfois ($n=9$), et 16,7% qui ne communiquent que rarement ($n=4$).

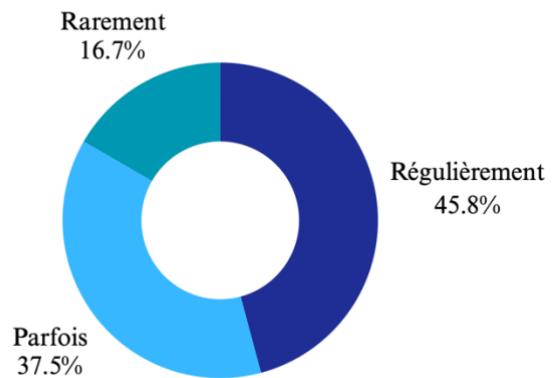


Figure 9. Fréquence de communication avec d'autres professionnels

Les participants à l'étude travaillent majoritairement selon une approche multidisciplinaire (66,7%; $n=16$), décrite dans le questionnaire comme une prise en charge en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels. Nous retrouvons une proportion égale pour les approches unimodale et interdisciplinaire (16,7%; $n=4$), respectivement énoncées comme l'élaboration d'un plan de traitement uniquement en ostéopathie, et à l'élaboration d'un plan d'intervention avec d'autres professionnels pour travailler conjointement sur les objectifs du client. La *figure 10* fait état de ces résultats.

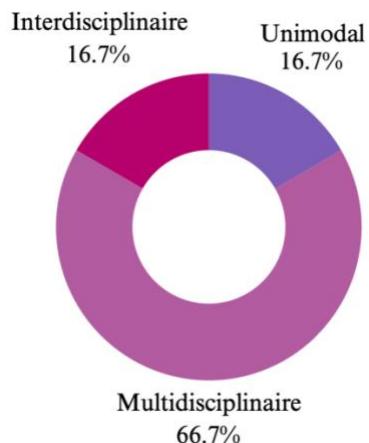


Figure 10. Approches cliniques principales

47,8 % des participants ($n=11$) ont déclaré recevoir parfois des contacts de la part d'autres professionnels non-ostéopathes pour leur expertise, ce qui représente la fréquence de demandes reçues la plus rapportée. La figure 11 présente visuellement ces résultats.

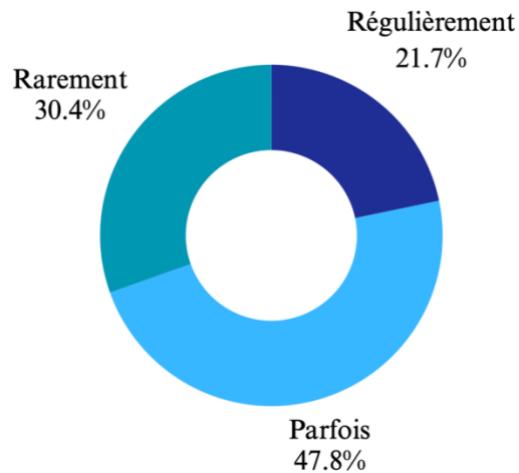


Figure 11. Fréquence de contacts de la part de professionnels non-ostéopathes

Les fréquences de référencement à d'autres professionnels des participants à l'étude sont rapportées dans le tableau 13. Dans un mois typique de pratique clinique, le nombre de références à un autre professionnel le plus répandu est de 2 à 3 (65,2 % des participants; $n=15$). Dans une moyenne de 6 mois, presque l'ensemble de l'échantillon a affirmé référer plus de 5 fois un client à une autre professionnel.

Tableau 13. Fréquences générales de référencement à d'autres professionnels

Question	Fréquence	n	%
Dans un mois typique, combien de fois réferez-vous un de vos clients à un autre professionnel?	0 fois	1	4,3
	1 fois	1	4,3
	2 à 3 fois	15	65,2
	4 à 5 fois	2	8,7
	Plus de 5 fois	4	17,4
Dans les 6 derniers mois, combien de fois avez-vous référé un de vos clients à un autre professionnel?	0 fois	0	0
	1 fois	0	0

2 à 3 fois	1	4,2
4 à 5 fois	2	8,3
Plus de 5 fois	21	87,5

Le tableau 14 présente les habitudes collaboratives de l'échantillon d'ostéopathes en termes de fréquences. Sur une base mensuelle, la majorité des sondés travaille directement avec un autre professionnel en interdisciplinarité une seule fois (33,3 %; $n=8$). Il est intéressant de noter que 20,8 % des participants ($n=5$) ont indiqué ne collaborer aucune fois dans un mois typique. Au cours d'une période de 6 mois, la majorité des participants (36,5 %; $n=9$) travaille en CIP plus de 5 fois. Nous retrouvons tout de même 12,5 % de l'échantillon ($n=3$) qui indique n'avoir pas travaillé de manière interdisciplinaire avec d'autres professionnels.

Tableau 14. *Fréquences générales de travail en collaboration interdisciplinaire*

Question	Fréquence	n	%
Dans un mois typique, combien de fois travaillez-vous directement avec un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) en interdisciplinarité?	0 fois	5	20,8
	1 fois	8	33,3
	2 à 3 fois	7	29,2
	4 à 5 fois	1	4,2
	Plus de 5 fois	3	12,5
Dans les 6 derniers mois, combien de fois avez-vous directement travaillé avec un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) en interdisciplinarité?	0 fois	3	12,5
	1 fois	4	16,7
	2 à 3 fois	7	29,2
	4 à 5 fois	1	4,2
	Plus de 5 fois	9	37,5

Habitudes de référencement vers d'autres professions

Le tableau 15 présente les habitudes de référencement des ostéopathes vers d'autres professions du paysage de soins au Québec. Aucune profession n'est systématiquement contactée par les ostéopathes pour adresser des références. Le médecin est le professionnel qui est le plus régulièrement contacté, avec 69,2 % des participants qui lui adressent fréquemment des références ($n=16$). La physiothérapie suit la médecine, avec 41,7 % des ostéopathes qui réfèrent régulièrement à des physiothérapeutes ($n=10$). L'ergothérapie et la chiropratique ne sont jamais contactées par respectivement 41,7 % ($n=10$) et 26,1 % ($n=6$) des participants.

Tableau 15. *Fréquences spécifiques de référencement vers d'autres professions*

Question	Fréquence	n	%
À quelle fréquence référez-vous des clients en physiothérapie?	Systématiquement	0	0
	Régulièrement	10	41,7
	Parfois	7	29,2
	Rarement	6	25
À quelle fréquence référez-vous des clients en ergothérapie?	Jamais	1	4,2
	Systématiquement	0	0
	Régulièrement	1	4,2
	Parfois	0	0
À quelle fréquence référez-vous des clients en chiropratique?	Rarement	13	54,2
	Jamais	10	41,7
	Systématiquement	0	0
	Régulièrement	4	17,4
	Parfois	4	17,4
	Rarement	9	39,1

À quelle fréquence référez-vous vos clients à un médecin?	Jamais	6	26,1
	Systématiquement	0	0
	Régulièrement	16	69,2
	Parfois	8	30,8
	Rarement	0	0
	Jamais	0	0

Les participants à l'étude ont indiqué référer de leur clientèle à d'autres disciplines que celles proposées dans le sondage. La profession autre la plus populaire est l'acupuncture, où 41,6 % des participants ($n=10$) indiquent référer en acupuncture. 33,3 % le font parfois ($n=8$), et 8,3 % le font régulièrement ($n=2$). Les données complètes sont colligées dans le graphique à bandes présenté à la figure 12.

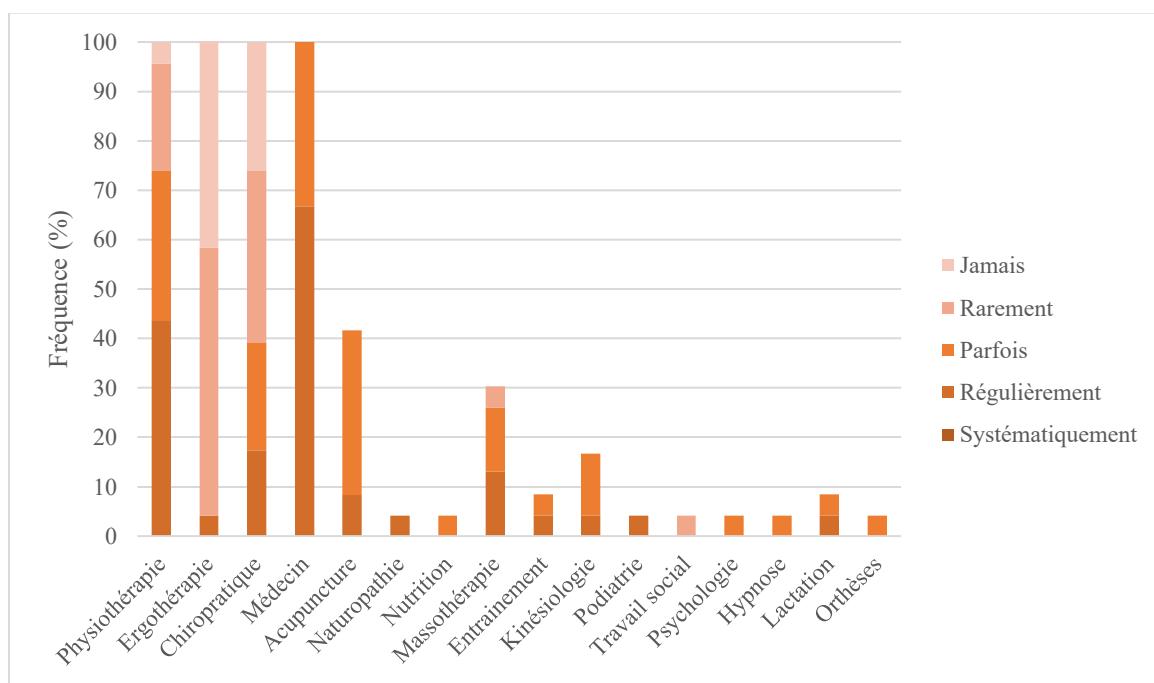


Figure 12. Fréquence spécifiques de références vers d'autres professions

Habitudes de travail en interdisciplinarité

Les habitudes de travail en interdisciplinarité des ostéopathes consultés sont présentées selon la fréquence dans le tableau 16. Aucun des participants ne travaille systématiquement avec une autre profession. Nous retrouvons 19 % ($n=4$) des participants qui collaborent régulièrement avec un.e physiothérapeute, un.e chiropraticien.ne ou un médecin sur un dossier commun. L’ergothérapie n’est que très peu populaire, avec seulement des fréquences de CIP allant de rarement à jamais pour notre échantillon.

Tableau 16. *Fréquences spécifiques de travail en interdisciplinarité*

<i>Question</i>	<i>Fréquence</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
	Systématiquement	0	0
À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un.e physiothérapeute pour prendre en charge vos clients?	Régulièrement	4	19
	Parfois	4	19
	Rarement	8	38,1
	Jamais	5	23,8
	Systématiquement	0	0
À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un.e ergothérapeute pour prendre en charge vos clients?	Régulièrement	0	0
	Parfois	0	0
	Rarement	4	19
	Jamais	17	81
	Systématiquement	0	0
À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un.e chiropraticien.ne pour prendre en charge vos clients?	Régulièrement	4	19
	Parfois	2	9,5
	Rarement	4	19
	Jamais	11	62,4
	Systématiquement	0	0
À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un	Régulièrement	4	19

médecin pour prendre en charge vos clients?	Parfois	3	14,3
	Rarement	6	28,6
	Jamais	8	38,1

Les professionnels autres que ceux suggérés dans le sondage avec qui les ostéopathes collaborent sont reportés dans le graphique illustré à la figure 13. Les disciplines autres les plus sollicitées par les participants sont l'acupuncture et la massothérapie, avec chacune 20,8 % des sondés ($n=5$) qui disent collaborer avec eux. 16,7 % des sondés ($n=4$) affirment collaborer régulièrement avec des acupuncteurs, contre 15,5 % ($n=3$) collaborant régulièrement avec des massothérapeutes.

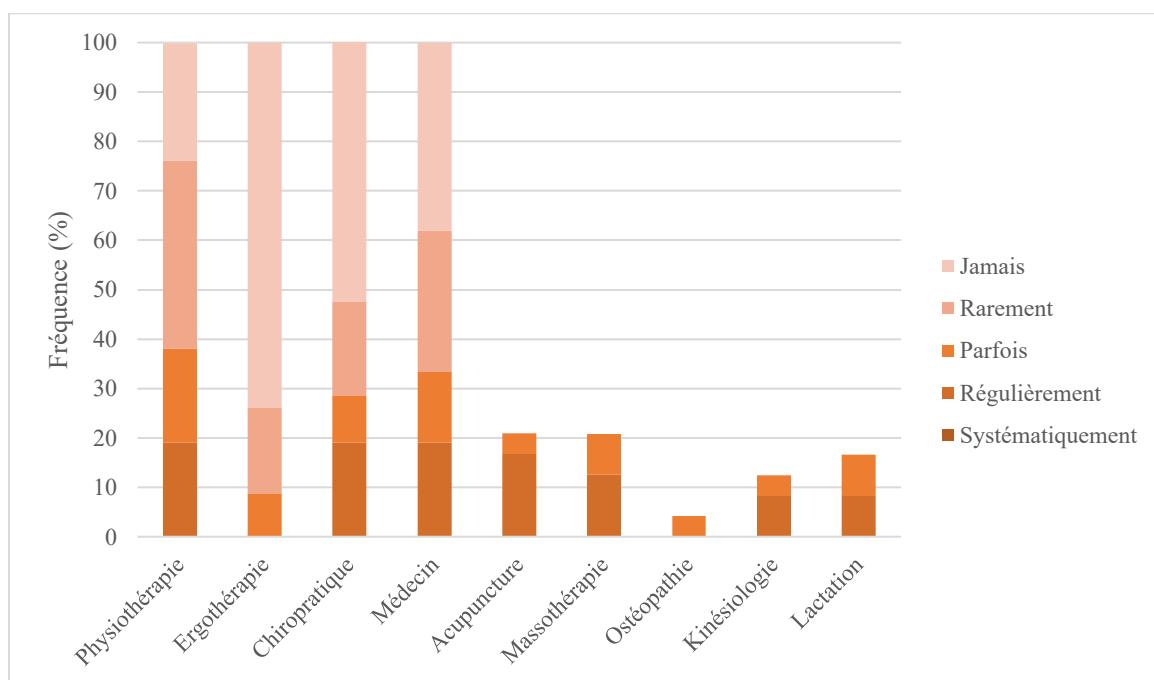


Figure 13. Fréquences spécifiques de collaboration avec d'autres professions

Moyens de communication

Concernant les moyens de communication avec d'autres professionnels, il a été demandé aux participants vers quel canal ils se tournent le plus souvent pour rejoindre leurs pairs. Comme montré dans la *figure 14*, les moyens les plus populaires sont la lettre papier

ou électronique (37,5%; $n=9$), de vive voix directement en personne avec le professionnel en question (20,8%; $n=5$) et par propos rapportés verbalement par l’intermédiaire du client (16,7%; $n=4$).

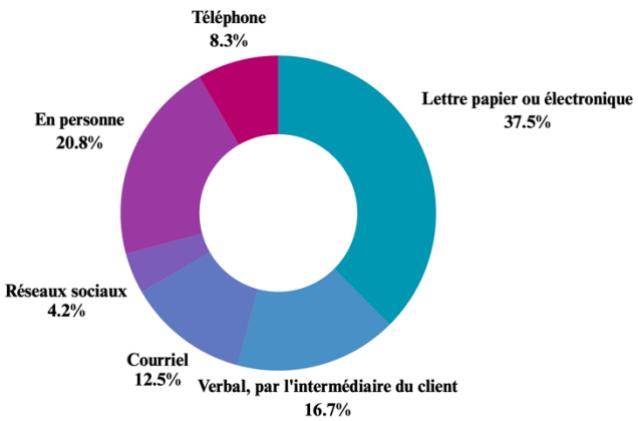


Figure 14. Moyens de communication préférés

La figure 15 montre la fréquence à laquelle les participants reçoivent un retour, qu'il soit écrit, verbal ou d'une autre forme, de la part du professionnel contacté antérieurement. La plupart des participants (37,5 %; $n=9$) ne reçoivent que rarement un retour, et 29,2 % ($n=7$) sont parfois recontactés. 12,5 % des sondés ($n=3$) ne reçoivent jamais de réponse.

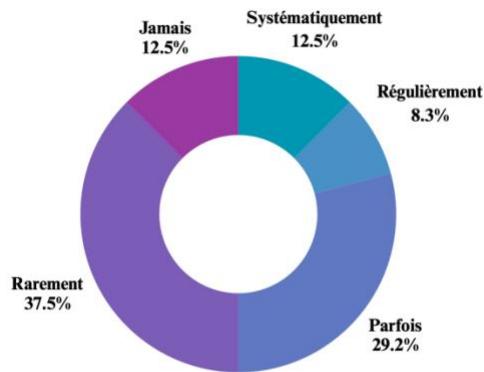


Figure 15. Fréquence de retours de la part des professionnels contactés

Devis qualitatif

Deux catégories de questions qualitatives ont été soumises aux participants, d'abord concernant les facteurs limitant la CIP, ensuite ceux facilitant cette collaboration. Pour chacun des concepts, il leur était demandé de répondre d'abord au niveau personnel, puis de manière plus large au sein de la profession. Cette question en deux temps permettait selon nous d'aller d'abord dans le concret de leur expérience personnelle, puis d'approfondir avec des informations conceptuelles supplémentaires. Après analyse, les réponses ont été colligées ensemble, car les deux versants, soit personnel et global, se recoupaient d'un participant à l'autre, si bien que la distinction ne s'avérait pas pertinente pour enrichir les résultats.

Obstacles à la collaboration

L'analyse des données issues du questionnaire met en lumière plusieurs freins à la CIP entre ostéopathes et autres professionnels du domaine de la santé. Cela a permis de ressortir les trois grands thèmes suivants : les enjeux de communication, les lacunes structurelles et épistémologiques propres à l'ostéopathie, ainsi que le manque de connaissance mutuel entre professions de soins. Les différents sous-thèmes ayant émergé sont également présentés dans le schéma de concepts suivants (*figure 16*).

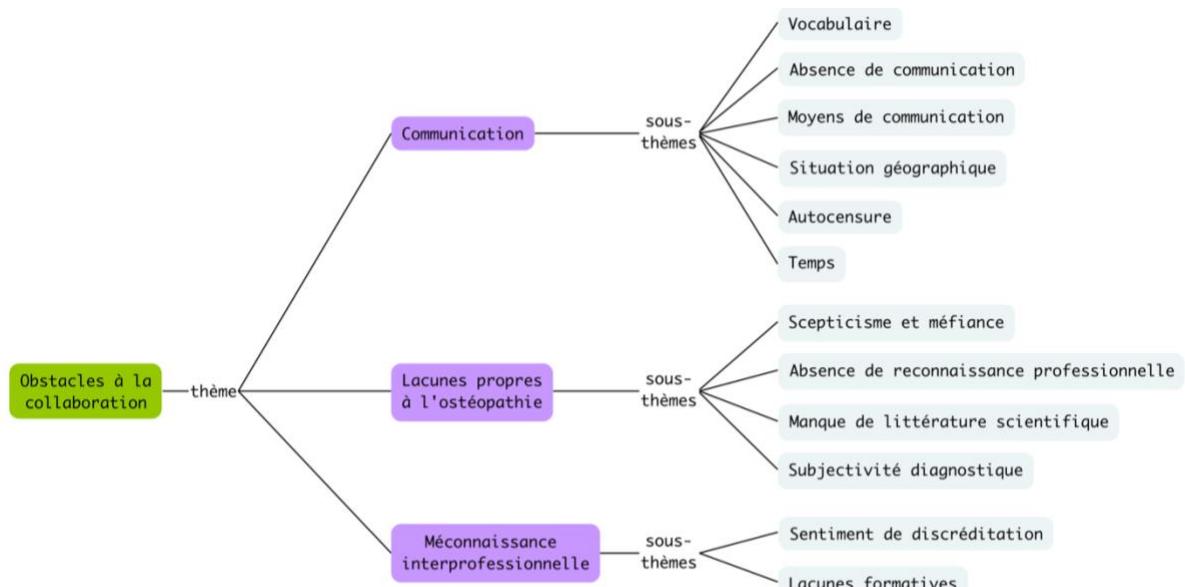


Figure 16. Thèmes et sous-thèmes émergeants

Communication

La première thématique retenue et qui a été nommée le plus souvent par les participants à l'enquête est la **communication**. Elle s'envisage à différents niveaux : vocabulaire technique, absence de dialogue structuré, contraintes logistiques, insécurité liée à la légalité des termes employés.

Plusieurs participants ont nommé le vocabulaire comme étant un obstacle majeur à la communication interprofessionnelle. En effet, l'ostéopathie s'articule autour d'une terminologie qui lui est propre, avec une vision particulière de la santé et des dénominations spécifiques à la pratique. Bien que cohérent à l'interne, ce langage peut engendrer des jugements erronés ou malentendus sur la nature de l'intervention ostéopathique. Le participant 19 donne un exemple de termes limités à l'ostéopathie qui peuvent créer des incompréhensions.

P19 : « La compréhension du langage ostéopathique par d'autres professionnels. Ex: FRS droite ne veut absolument rien dire pour les chiros, les physios, médecins, etc. Et je doute qu'une dysfonction cinétique d'un fascia viscéral soit également claire. »

Outre le langage, les participants soulignent l'absence ou l'insuffisance de communication directe entre les professionnels. Cette situation est particulièrement marquée lorsque ceux-ci ne partagent pas le même cabinet ou alors s'ils travaillent dans des lieux ou structures différents, notamment entre le privé et le public.

P8 : « Manque de communication entre les professionnels. »

P5 : « La communication si nous ne sommes pas dans la même clinique. Le fait que les ostéopathes soient souvent des travailleurs autonomes qui travaillent en solo (1 seul bureau). »

P21 : « Difficulté à communiquer directement avec eux si dans le contexte des services de la santé publique. »

Des obstacles pratiques s'ajoutent à ces contraintes structurelles. On retrouve notamment la complexité ou la rareté des outils de communication formels : lettres, courriels, appels, etc.

P24 : « Les moyens de communications ne sont pas toujours très simples, maintenant avec les courriels c'est un peu plus simple, mais pas toujours. »

P6 : « Le manque d'aisance à rédiger des lettres de référence. »

Au-delà des moyens techniques, le participant 6 ouvre la porte à un sentiment d'insécurité linguistique et juridique partagé par plusieurs autres participants : celui d'utiliser des termes qui ne seraient pas acceptés par le corps médical. En effet, plusieurs ostéopathes ont une crainte de se faire réprimander par le collège des médecins quant à l'utilisation de termes médicaux, signalant qu'ils empiéteraient sur le champ de pratique réservé à une autre profession, ou encore un exercice illégal de la médecine.

P10 : « Le vocabulaire, car nous ne pouvons pas faire de diagnostics. »

P4 : « Droit et peur de dire quelque chose. »

P14 : « Peur d'être pris en défaut. »

P15 : « Peur d'utiliser des termes médicaux, peur d'une poursuite par l'Ordre des Médecins, peur du jugement par les autres professionnels. »

P21 : « Le fait qu'au sein des ostéopathes mêmes, il y a toute sorte de techniques très différentes et de spécialisations mais l'on ne peut pas trop les afficher par peur d'être accusé ou incompris par une autre profession (CDM). »

Enfin, la question du temps alloué apparaît comme un frein supplémentaire à la communication. En effet, les efforts requis pour rédiger une lettre de référence, réaliser des appels téléphoniques, initier un contact ou organiser une réunion est assez chronophage et pas toujours compatible avec les réalités cliniques, surtout en l'absence d'une rémunération pour le temps requis.

P6 : « Le manque de temps pour contacter d'autres professionnels pour discuter du cas réfééré. »

P21 : « Ce temps n'est pas payé. »

P13 : « Manque de temps. »

Lacunes propres à l'ostéopathie

La seconde thématique évoque les **limites perçues de la profession ostéopathique**, tant en matière de reconnaissance institutionnelle qu'en ce qui concerne sa base scientifique. Souvent critiquée comme étant une pseudo-science, certains acteurs du domaine de la santé présentent du scepticisme ou de la méfiance à l'égard de cette discipline. Certains participants rapportent une vision marginalisée de l'ostéopathie dans l'espace médical, associée parfois à des pratiques jugées ésotériques ou non fondées scientifiquement.

P9 : « Le manque de reconnaissance parmi le corps médical et même parfois une opinion médicale qui nous catégorise comme une pratique ésotérique qui n'a pas sa place dans un processus de retrouver la santé. »

P12 : « Notre profession qui est considéré parfois comme “charlatan”, les médecins qui ne croient pas toujours en notre profession. »

P23 : « Certains nous voient comme des magiciens, mais il n'y a aucune magie là-dedans. »

Cette perception négative et limitée se traduit parfois par des interactions difficiles, voire des tensions lors de situations de référencement professionnel. Le participant 7 témoigne d'un décalage entre les signes d'alerte qu'il a perçus chez ses clients et la réaction des médecins auxquels il les a référés. Cette réaction peut limiter son inclinaison à faire de futures références.

P7 : « Cela est arrivé également qu'un médecin ne comprenne pas mon inquiétude face à des symptômes de clients que je retournais vers lui. Ou que des urgentologues se fâchent face aux patients qui par mes recommandations sont allés aux urgences dû à des drapeaux rouges cliniques. »

Le fait que l'ostéopathie ne soit pas encore reconnue comme une profession de soins de santé est selon certains un facteur limitant la CIP. Ce manque de crédibilité renforcé par l'absence d'un ordre professionnel officiel est rapporté par plusieurs participants.

P20 : « Absence d'ordre professionnel. »

P10 : « Non reconnaissance de la profession d'ostéopathe. »

P11 : « Le manque de crédibilité de la profession d'ostéopathe peut parfois nous freiner à entrer en contact avec d'autres. »

Un autre point qui pourrait expliquer l'hésitation des autres professions envers l'ostéopathie est l'insuffisance de littérature scientifique solide appuyant à la fois l'efficacité propre des techniques ostéopathiques (au-delà des effets contextuels) et les modèles explicatifs mis de l'avant. Cette faiblesse méthodologique est perçue comme un frein à la légitimation de la profession auprès des pairs.

P15 : « Le flou descriptif de notre profession, la pratique non-fondée du travail liquidien et du mouvement respiratoire primaire de certains de mes collègues. »

P23 : « Une définition claire de l'ostéopathie. Des preuves scientifiques sur les terrains où on peut aider les gens. L'impact et le résultat doivent être plus étudiés et prouvés pour en affirmer l'efficacité. »

Pour certains, ce manque de preuves tangibles ne doit cependant pas éclipser les dimensions plus subtiles de la pratique, telle que l'intuition du thérapeute, qui bien que non mesurable, conserve une valeur clinique au travers d'une approche ancrée dans les preuves scientifiques.

P12 : « Le fait aussi que l'intuition (qui n'a pas de reconnaissance scientifique encore) garde une place importante dans notre pratique (et heureusement)! »

Enfin, le manque d'outils objectifs d'évaluation est une faiblesse technique rapportée par plusieurs participants. L'évaluation ostéopathique repose largement sur la palpation et le ressenti du praticien, une méthode dont la fiabilité inter-examinateur est reconnue comme étant faible (Walker et al., 2015). Ce manque d'objectivation complique les échanges avec d'autres professionnels plus orientés vers des mesures standardisées, comme les physiothérapeutes.

P6 : « Le manque d'outils objectifs pour quantifier des déficits (amplitude de mouvement) avec des chiffres plutôt que des approximatifs à l'œil. »

Méconnaissance interprofessionnelle

Le **troisième thème** regroupe les barrières liées à la **méconnaissance mutuelle** entre diverses professions de soins. Les participants à l'enquête relèvent qu'une compréhension limitée des rôles, compétences et approches de chacun limite la fluidité des interactions et la pertinence des références interprofessionnelles. Malgré son essor considérable, l'ostéopathie n'est pas toujours bien cernée par l'ensemble des corps de métier du secteur de la santé.

P11 : « Manque de connaissance sur les caractéristiques de chaque profession. »

P21 : « Le fait que plusieurs autres professions ne savent pas vraiment ce que l'on fait en tant qu'ostéopathe ou ont des idées parfois floues ou erronées. »

P22 : « Manque de connaissances des autres ordres envers l'ostéopathie. »

P24 : « La méconnaissance de l'emploi, les gens ne savent souvent pas comment définir l'ostéopathie ce qui fait qu'ils n'ont pas forcément le réflexe de référer en ostéopathie. »

Cette méconnaissance n'est pas unilatérale. Elle peut aussi concerner les ostéopathes, qui ne disposent pas toujours d'une connaissance fine des autres disciplines, ce qui freine les possibilités de référencement.

P23 : « J'ai l'impression que la définition de l'ostéopathie n'est pas assez connue et que les références que nous avons ne sont pas toujours dans notre champ de compétences. »

P19 : « Également, les préjugés qui me sont souvent rapportés par ma clientèle en fonction de leurs expériences vécues avec d'autres professionnels. »

En parallèle, le manque de réactivité ou de reconnaissance de la part de certains professionnels de la santé contribue à un sentiment de non-consideration chez certains ostéopathes. Le participant 14 nomme sa crainte de ne pas avoir été pris au sérieux.

P14 : « Manque de retour, pas pris au sérieux? »

Enfin, une lacune évoquée intéresse le manque de formation à la CIP. Le participant 15 nomme sa perception de l'inconfort parfois vécu par les ostéopathes qui n'ont pas été formés pour avoir les codes de la CIP.

P15 : « Le manque de ressource pour savoir comment collaborer avec les autres professionnels de la santé. »

Leviers de collaboration

L'étude des extraits des questions traitant des conditions favorisant la CIP a permis de dégager quatre grands thèmes récurrents. Ces éléments facilitants sont les suivants : le développement d'un réseau de confiance, la connaissance mutuelle des approches professionnelles, la présence de canaux de communication efficaces, et la proximité contextuelle et organisationnelle. Ces axes reflètent une réalité interdisciplinaire où la qualité des relations humaines, la transparence des pratiques et la compréhension mutuelle sont des catalyseurs à la mise en place de modalités collaboratives. Nous avons présenté les thèmes et sous-thèmes émergeants dans le schéma de concepts ci-dessous (*figure 17*).

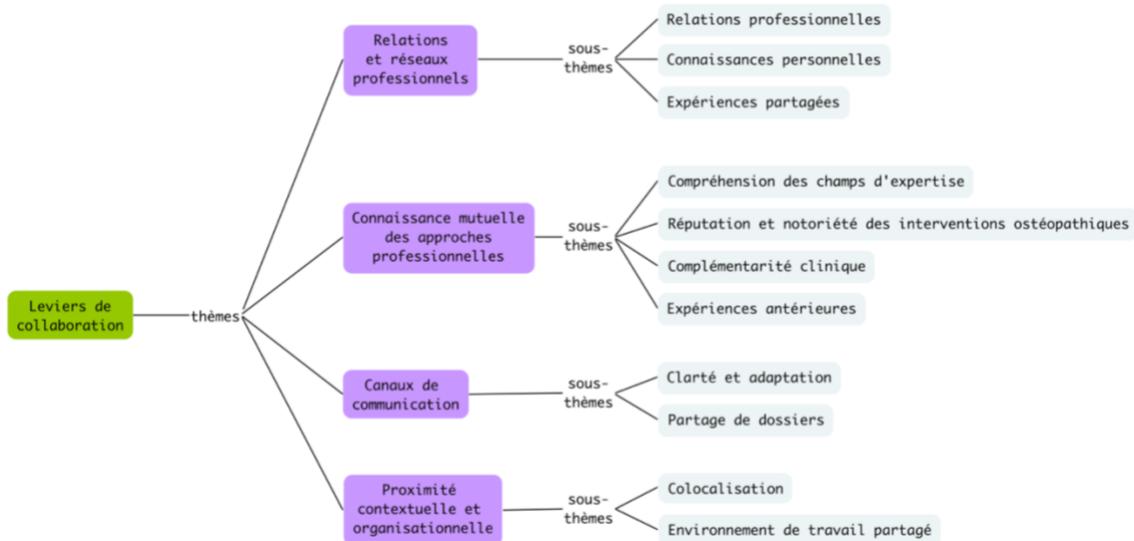


Figure 17. Thèmes et sous-thèmes émergeants

Relations et réseaux professionnels

Au niveau des leviers à la collaboration, **le premier thème** identifié est l'existence d'un **réseau de contacts**, bâti en vue de connaître des professionnels à qui référer. Plusieurs participants soulignent l'importance d'un réseau stable et fiable, construit à partir de contacts personnels et d'un historique de collaboration positive.

P6 : « Un réseau connu qui m'entoure que j'ai bâti au fil du temps et en qui j'ai confiance de référer au besoin (chiro, acu, orthésiste...). »

P11 : « Avoir des bons contacts. »

P21 : « Avoir déjà établi un lien de communication (professionnel à qui on réfère de façon régulière). »

En ce sens, plusieurs participants ont exprimé une plus grande inclinaison à référer à ceux qu'ils connaissent déjà. Les rencontres en dehors du contexte clinique, comme lors de formations, colloques ou événements de réseautage favorisent la création de liens de confiance.

P6 : « La connaissance des professionnels, de les avoir déjà rencontrés »

P20 : « Rencontre dans un colloque, événement ou formation continue. »

P19 : « Les avoir côtoyés et avoir échangé avec eux lors de différents séminaires de formation complètement hors cursus scolaire. »

P16 : « De se connaître personnellement (travail dans un village). »

En outre, le fait d'avoir déjà bénéficié des services d'un autre professionnel crée un climat de confiance. Les deux partis ont une meilleure connaissance de l'approche de l'autre ainsi que de ses forces. Cela permet également de développer une relation de référencement mutuel.

P4 : « Quand j'ai une belle entente et une confiance avec certains professionnels »

P7 : « Le fait que les professionnels en question me connaissent et/ou ont déjà bénéficié de mes services. »

P6 : « L'expérience des référencements antérieurs et leurs résultats. »

P24 : « Un thérapeute qui a déjà eu recours à des soins en ostéopathie est souvent plus propice à référer. »

Connaissance mutuelle des approches professionnelles

Une des thématiques fréquemment ressorties comme aidant la CIP englobe la compréhension claire des compétences, approches et limites du champ d'exercice de chacun. Cette **compréhension mutuelle**, qui correspond à notre **thème second**, favorise non seulement des référencements appropriés et pertinents, mais aussi une reconnaissance mutuelle des contributions spécifiques à chaque discipline.

P15 : « La connaissance des champs d'expertises de chacun, le respect des approches de chacun »

P21 : « La sensibilisation et l'éducation aux autres professionnels de la santé sur l'ostéopathie et ses bienfaits pour des pathologies précises semble être la chose qui ouvre le plus de portes. Ex: plusieurs médecins de famille veulent référer vers moi depuis que j'ai expliqué les bienfaits de la thérapie manuelle pour la dysménorrhée. »

Le participant 21 témoigne de l'ouverture que crée la reconnaissance de l'efficacité clinique de l'ostéopathie, notamment vis-à-vis des médecins. La satisfaction des patients basée sur les résultats positifs perçus suscite l'intérêt, ouvre des portes et permet d'établir un climat de confiance. Cette reconnaissance contribue non seulement à légitimer l'ostéopathie aux yeux des autres professionnels, mais également lorsque des individus ont recours à des modalités de soins coordonnés, comme rapporté par le participant 15.

P15 : « Les résultats positifs vu chez les patients ayant combinés plusieurs approches. »

P23 : « Tous ceux qui ont eu des résultats favorables à leur conditions. Explicables ou non vanteront nos mérites et nous réfèreront fortement. »

P11 : « Lorsque les professionnels sont ouverts à la collaboration, ils mentionnent généralement aimer le discours ostéopathique et trouver pertinente la manière dont le schéma thérapeutique est réfléchi en ostéopathie. »

Cela permet de faire croître la réputation des ostéopathes et de faire connaître à un plus large spectre de thérapeutes la vision ostéopathique. Il convient de rappeler que ce ne sont pas tous les corps de métiers connus plus largement qui travaillent les champs viscéral et crânien caractéristiques de l'ostéopathie.

P12 : « Le fait qu'on travaille différemment et le fait d'avoir une vision globale du corps, et travailler sur différents systèmes (viscéral, crânien, etc). »

P18 : « Notre réputation grandissante. »

P15 : « Compétences et notoriété, valeurs positives, empathie, écoute, entraide. »

Une exposition antérieure à de la collaboration interprofessionnelle, notamment lors de stages ou de formations autres que celles en ostéopathie, est perçue comme un levier pour développer des réflexes de collaboration future. Cependant, ce facteur facilitant n'est pas partagé par tous les ostéopathes québécois qui n'ont évidemment pas tous suivi de cursus formatifs antérieurs.

P24 : « Le fait d'avoir eu à collaborer pendant de précédentes études (TRP) où on avait des stages dans des CHSLD, ça nous obligeait à travailler avec d'autres professionnels. »

Canaux de communication

La **communication**, notre **troisième thème** émergeant en tant que levier à la CIP, semble en être une pierre angulaire. À la fois un obstacle si difficile ou mal réalisé, une communication efficace et fluide est un levier au travail avec d'autres professionnels. Les participants mentionnent notamment le fait d'utiliser un langage clair par rapport à l'anatomie et de s'assurer de bien maîtriser les outils de communication et de s'assurer d'un suivi avec les pairs.

P2 : « Le fait de parler le même langage (anatomie). Donc bien connaître de quoi on parle. »

P11 : « Être en mesure de bien communiquer par écrit. »

Le participant 12 soulève l'importance de pouvoir partager les dossiers facilement aux autres professionnels. En effet, le partage de données implique que ces dernières soient facilement transférables d'un logiciel à un autre, que les notes évolutives soient clairement consignées et compréhensibles pour le prochain thérapeute, que le patient ait consenti au partage de ses données, etc. Ce dernier point est d'autant plus important dans les dernières années compte tenu de l'adoption de la Loi 25 sur la protection des renseignements personnels des citoyens du Québec.

P12: « Communication facile, partage de dossiers facile. »

Proximité contextuelle et organisationnelle

En **quatrième et dernier lieu**, la **proximité physique** des professionnels semble être un facteur important à la collaboration. Nombre de participants mentionnent l'environnement de travail comme un biais pour communiquer et collaborer plus spontanément, plus facilement. Que ce soit par un bureau dans la même clinique ou dans le même secteur géographique, la colocalisation favorise la discussion et l'intérêt envers les autres professions.

P21 : « Être en proximité physique (au sein d'une même clinique). »

P5 : « Si le professionnel est dans la même clinique ou dans le même secteur. »

P9 : « L'environnement de travail et la proximité. »

P8 : « Le fait de travailler au même endroit que d'autres professions de la santé. »

Le participant 7 illustre la pertinence d'avoir des collègues dans le même établissement pour la proximité physique des professionnels semble être un facteur important à la collaboration.

P7 : « Le fait que les autres professionnels de la clinique savent la façon dont chacun travaille et leur rôle spécifique dans le processus de soin. »

Synthèse des résultats

En somme, il est possible de dresser un portrait de la pratique collaborative actuelle des ostéopathes québécois pratiquant en milieu privé. Les résultats témoignent de l'existence de collaboration entre ostéopathes et d'autres professions de la santé, principalement sous la forme de lettres de référence et à moindre importance avec de la collaboration directe. Malgré les lacunes formatives au sein des cursus formatifs, les ostéopathes ont un intérêt marqué à collaborer avec d'autres professionnels et la plupart d'entre eux se sentent à l'aise de le faire.

De nombreux facteurs facilitent ou limitent les pratiques collaboratives entre professionnels. D'abord, le vocabulaire utilisé peut être à la fois un levier et un obstacle. En effet, selon la terminologie choisie, la communication peut être claire et fluide ou créer des incompréhensions d'une profession à l'autre. Ensuite, le fait de comprendre ou non le champ d'expertise des autres professionnels de la santé peut créer de bons réseaux de référencement et de confiance envers diverses approches, ou créer un isolement dans la pratique et limiter le travail collaboratif. Enfin, que ce soit au niveau du temps requis à la collaboration, du budget alloué, de la légifération de l'ostéopathie et de l'encadrement légal, de nombreux facteurs viennent supporter ou limiter les pratiques de CIP.

DISCUSSION

Cette section vise à commenter les résultats tirés de l'enquête et à les mettre en perspective avec le cadre contextuel précédemment introduit. Certaines pistes de réflexion issues de l'interprétation des données seront présentées. Cette discussion comprend également une réflexion sur les forces et limites de l'étude. Enfin, les retombées possibles de ces résultats et les perspectives de recherche future seront discutées.

Rappelons les objectifs et hypothèses du présent projet de recherche. Nous avions pour intention de documenter les pratiques de CIP des ostéopathes exerçant au Québec. Plus précisément, il s'agissait de décrire leurs habitudes en matière de référencement, d'identifier les professions avec lesquelles ces collaborations sont les plus fréquentes, et d'explorer les facteurs pouvant influencer leurs comportements collaboratifs. Nous avions émis plusieurs hypothèses. La première énonçait que malgré la conduite fréquente de référencements (principalement à l'intention des médecins), les pratiques de CIP impliquant une concertation réelle et un plan d'intervention partagé demeurent rares. Nous avions également comme supposition que la formation initiale en ostéopathie comporte peu d'enseignements spécifiques relatifs à l'articulation de pratiques de CIP coordonnées. Enfin, nous anticipons que le cadre juridique incertain, combiné à l'absence d'intégration formelle de l'ostéopathie au sein du système de santé public québécois, représente un frein significatif à la mise en œuvre de pratiques de CIP.

Pratiques collaboratives des ostéopathes québécois

Les résultats recueillis révèlent que la moitié des répondants ($n=12$; 50 %) exerce au sein de cliniques multidisciplinaires, ce qui les place en contact régulier avec d'autres professionnels de la santé. Ces résultats sont cohérents avec ceux relevés à l'international, où des proportions similaires sont rapportées : 41,6 % en Italie (Cerritelli et al., 2020), 44,8 % en France (Wagner et al., 2023) et 45,9 % en Autriche (van Dun et al., 2022).

Malgré leur intérêt marqué pour la collaboration interprofessionnelle, seulement 16,7 % des participants ont indiqué adopter principalement une approche interdisciplinaire.

Rappelons que cette dernière se caractérise par l'élaboration concertée d'un plan d'intervention où les objectifs du patient sont définis et poursuivis de manière collaborative par les différents professionnels impliqués. Cette statistique permet de conclure que les modalités uni disciplinaires et multidisciplinaires représentent la majorité des interventions des ostéopathes consultés.

De manière plus spécifique, lorsque interrogés sur la fréquence des collaborations avec d'autres professionnels, la majorité des participants (33,3 %; $n=8$) a affirmé travailler en interdisciplinarité avec un autre professionnel 1 fois seulement dans un mois typique, tandis que 37,5 % ($n=9$) mentionnent l'avoir fait plus de 5 fois dans les 6 derniers mois. À titre de comparaison, van Dun et al. (2022) rapportent que 19,5 % des ostéopathes italiens adoptent majoritairement une approche interdisciplinaire, ce qui était l'unique étude présentant des données à ce sujet dans la littérature sondée.

En ce qui concerne les professions les plus fréquemment impliquées dans les collaborations, la physiothérapie se distingue comme discipline la plus populaire auprès de l'échantillon. En effet, 43,5% des participants ($n=10$) ont identifié le physiothérapeute comme leur principal collaborateur. Ce constat est corroboré par les données internationales, bien que les proportions diffèrent : Cerritelli et al. (2020) ont relevé cette proportion à 23,3 % en Italie, contre 14,9 % en France (Wagner et al., 2023).

À l'inverse, la profession la moins sollicitée dans les dynamiques collaboratives est l'ergothérapie. Ainsi, 81 % des participants ($n=17$) ont déclaré ne jamais avoir établi de CIP avec un ergothérapeute, tandis que 19 % ($n=4$) en ont établi de manière occasionnelle. À notre connaissance, aucune donnée comparative n'était disponible à ce sujet au sein de la littérature relevée.

Habitudes de référencement

Les résultats issus des analyses statistiques descriptives révèlent des tendances significatives quant aux habitudes de référencement des ostéopathes québécois. La majorité des répondants (65,2 % ; $n=16$) indique référer en moyenne de deux à trois clients par mois à un autre professionnel de la santé. Lorsqu'on élargit la période d'observation

aux six derniers mois, cette fréquence augmente considérablement : 87,5 % des participants ($n=21$) rapportent avoir référé un patient à un autre professionnel plus de cinq fois au cours de cette période.

Parmi les professions vers lesquelles les ostéopathes orientent le plus fréquemment leur clientèle, la médecine occupe la première position. En effet, 69,2 % des répondants ($n=16$) mentionnent référer régulièrement leurs patients à un médecin. La physiothérapie se situe en seconde position, étant sollicitée de manière régulière dans 41,7 % des cas ($n=10$). Ces résultats sont partiellement cohérents avec les données issues de la littérature. En effet, l'étude de Wagner et al. (2023) rapporte que 59,6 % des ostéopathes français réfèrent souvent à très souvent leurs clients à un médecin généraliste, une proportion proche de celle observée dans notre échantillon. Toutefois, les mêmes auteurs relèvent un taux de référencement beaucoup plus élevé vers la physiothérapie (67,5 %), ce qui contraste avec les résultats de notre enquête, où cette profession semble mobilisée de manière plus modérée. L'ergothérapie arrive également bon dernier en termes de fréquences de références envers elle, avec 54,2 % des participants ($n=13$) qui n'y réfèrent que rarement leur clientèle. Aucune donnée n'était disponible dans la littérature analysée pour comparer nos statistiques.

Dans l'ensemble, les fréquences de référencement observées dans notre échantillon confirment notre hypothèse initiale selon laquelle les ostéopathes du Québec ont davantage tendance à orienter leurs patients vers d'autres professionnels de manière ponctuelle ou régulière, plutôt qu'à s'engager dans de véritables démarches de collaboration interdisciplinaire structurée. Cette distinction entre référencement et collaboration active souligne l'écart persistant entre les intentions collaboratives exprimées et la mise en œuvre concrète de pratiques interprofessionnelles coordonnées.

Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle

Bien que certaines divergences mineures aient été observées entre les résultats de notre enquête et les données issues de la revue de la littérature, une concordance globale sur la nature des facteurs influençant la CIP se dégage sur plusieurs points.

Barrières à la collaboration interprofessionnelle

D'abord, nos résultats confirment un constat déjà bien établi dans la littérature : la méconnaissance réciproque des champs de compétences et de pratiques entre professions constitue un obstacle significatif à la collaboration interprofessionnelle. Cette lacune en matière de compréhension mutuelle a été clairement exprimée par les participants à notre enquête, rejoignant ainsi les conclusions des auteurs recensés (Grace, 2014; Gray & Orrock, 2014). Toutefois, alors que la littérature soulignait principalement l'absence de consensus quant à la nature de la médecine intégrative, notamment en ce qui concerne ses objectifs, ses limites et ses critères d'efficacité (Gray & Orrock, 2014), nos résultats mettent plutôt en lumière un flou persistant entourant la définition de l'ostéopathie. Ce flou peut créer un enjeu identitaire chez les ostéopathes : sans définition claire, il est difficile de bien vulgariser et définir le champ de pratique à d'autres professionnels, ainsi qu'aux clients. En plus du manque de compréhension des axes de pratique des autres spécialités, l'aspect culturel inhérent à une profession crée immanquablement une distance avec d'autres métiers. Bien que le soin de santé reste le point commun pour chacun, les différents valeurs, croyances, attitudes et comportements caractérisant un métier créent un décalage au niveau des interactions et méthodologies de traitement propres à une profession (Boonmak et al., 2024). Cet aspect contextuel rejoint le social du modèle BPS, qui prend en compte la dimension culturelle de l'individu.

En plus de ces incompréhensions conceptuelles mutuelles, des tensions relationnelles entre professionnels ont été évoquées à la fois dans la littérature et dans notre enquête. Les publications antérieures soulignent un manque d'intérêt manifeste de la part de certains collègues provenant d'autres disciplines, ainsi que des divergences philosophiques dans les approches de soins (Gray & Orrock, 2014; Steel et al., 2020). Ces constats ont été corroborés par certains participants à notre étude, qui ont exprimé un sentiment de discrépance, traduisant une certaine marginalisation de l'ostéopathie au cœur du paysage interprofessionnel. Ainsi, au-delà des obstacles organisationnels et terminologiques énumérés par les participants à l'enquête, il est intéressant de se pencher sur la dimension psychologique qui les sous-tend. Certains propos rapportés par les participants traduisent un inconfort, une tension et des attitudes influencées par les

stéréotypes et idées préconçues que les autres professions peuvent avoir de l'ostéopathie. Ce fait est supporté par la littérature : les clichés et idées préconçues sur une profession menacent l'efficacité des soins centrés sur le patient (Thomson et al., 2015).

Les lacunes communicationnelles identifiées dans notre enquête apparaissent également fortement appuyées par la littérature existante. Celle-ci mentionne notamment l'usage de terminologie propre à chaque profession comme source fréquente d'incompréhensions d'une profession à une autre (Morin et al., 2017b; Steel et al., 2020; Toloui-Wallace et al., 2024). Le manque de communication, sous l'égide de la dimension sociale du modèle BPS, directe coupe les élans collaboratifs. Nous avons également relevé que la forme même de la communication semble représenter un défi en soi. Plusieurs participants ont évoqué un inconfort relatif aux modalités de communication, notamment en ce qui concerne l'usage d'outils spécifiques (courriels, lettres de référence) ou le manque d'aisance avec les supports utilisés. Ces éléments suggèrent que, au-delà du contenu, la structure et le canal de communication peuvent également entraver la mise en place d'une véritable coordination interprofessionnelle.

Des lacunes propres à l'ostéopathie ont été relevées. Comme le souligne la littérature, l'absence de reconnaissance juridique formelle, combinée à l'instabilité des contextes organisationnels, freine le développement de CIP impliquant des ostéopathes (Gray & Orrock, 2014). Toutefois, les participants ont également soulevé plusieurs enjeux propres à l'ostéopathie qui ne sont pas documentés dans la littérature consultée. Parmi ceux-ci, on retrouve l'insuffisance d'une base scientifique robuste pour étayer les mécanismes d'action ostéopathiques, ainsi que l'absence d'outils d'évaluation standardisés et objectivables. Ces éléments sont perçus comme autant de freins à la légitimation de la profession auprès des autres acteurs du système de santé, et par conséquent, à son intégration effective dans les pratiques de CIP.

Un autre obstacle mentionné par les répondants concerne la crainte d'être sanctionné ou mal perçu par le Collège des médecins du Québec. Cette préoccupation, bien que récurrente dans notre enquête, n'a pas été abordée dans la littérature consultée. Elle souligne un climat d'incertitude réglementaire qui pourrait avoir un effet dissuasif sur les

initiatives collaboratives impliquant les ostéopathes, en plus de créer une tension psychologique chez les praticiens.

Enfin, un point important soulevé dans la littérature, mais absent des propos des participants, mérite d'être mentionné : il s'agit des enjeux financiers. Certains auteurs ont mis en lumière la possibilité d'une concurrence commerciale entre praticiens, susceptible d'entraver les références interprofessionnelles (Toloui-Wallace et al., 2024). D'autres soulignent le manque de financement des structures cliniques pour soutenir les pratiques de collaboration (Amorim et al. 2024). L'absence de ces préoccupations dans notre enquête pourrait refléter une perception moins marquée de ces enjeux parmi les ostéopathes québécois, ou encore une focalisation sur des obstacles perçus comme plus immédiats, tels que ceux liés à la reconnaissance professionnelle et à la communication.

Leviers à la collaboration interprofessionnelle

Les éléments relevés au cours de notre enquête concernant les leviers à la CIP des ostéopathes recoupent majoritairement ceux identifiés dans la littérature. Nos données permettent d'apporter certaines nuances et précisions par rapport à l'expérience terrain des ostéopathes que nous avons interrogés.

Comme dans l'étude de Fleischmann et al. (2022), nos résultats montrent que la proximité organisationnelle facilite les référencements. Toutefois, là où la littérature décrit un effet multiplicateur de la colocalisation sur les collaborations externes (ex. : 4 fois plus de références aux médecins si les ostéopathes partagent le même espace de travail), nos répondants insistent davantage sur les relations interpersonnelles construites à travers le temps, les formations ou des échanges informels. Ce réseau personnel prévaut souvent sur la simple proximité géographique.

La création et l'entretien d'un réseau professionnel de confiance apparaissent comme des catalyseurs à la collaboration selon les participants de notre enquête. En effet, le fait de pratiquer seul, sans collègues ni contacts, peut créer un isolement dans la pratique et faire en sorte que moins de collaborations soient envisagées. Plusieurs ostéopathes rapportent référer plus volontiers à des professionnels qu'ils connaissent personnellement

ou avec lesquels ils ont déjà collaboré avec succès, ce qui souligne toute l'importance qu'un bon réseau ou la présence de collègues revêt. De plus, les occasions de rencontre informelles ou professionnelles – telles que lors de formations continues, séminaires ou événements de réseautage – sont décrites comme des contextes propices à la construction de ces liens interprofessionnels. L'attitude des praticiens est fortement influencée par l'existence de liens entre eux : une seule interaction positive avec un pair suffirait à générer un climat favorable à une collaboration (Thomson et al., 2015). Enfin, la reconnaissance mutuelle fondée sur des expériences cliniques concrètes – par exemple, lorsqu'un autre professionnel a lui-même bénéficié d'un traitement ostéopathique – renforce la crédibilité du praticien et la confiance entre partenaires de soins. Ce constat fait écho aux travaux de Schmid et al. (2021), selon lesquels les médecins généralistes ayant eux-mêmes bénéficié de soins ostéopathiques sont davantage susceptibles d'émettre des recommandations en ce sens.

La littérature souligne l'importance d'un langage biomédical partagé (Vaughan et al., 2023) et d'une compréhension claire des champs de compétence pour favoriser la CIP (Gray & Orrock, 2014). Nos participants confirment ce point, et ajoutent la pertinence d'éduquer les autres professionnels à ce que fait l'ostéopathe. Certains témoignages indiquent que c'est souvent la démarche personnelle des ostéopathes qui suscite l'intérêt ou ouvre la voie à la collaboration, un aspect que nous n'avons pas retrouvé dans les publications antérieures. De plus, les résultats cliniques perçus par les patients et relayés aux autres professionnels jouent un rôle important dans la légitimation de l'ostéopathie.

La littérature met l'accent sur la nécessité de communiquer (Morin et al., 2017a). Nos résultats révèlent que les modalités concrètes de la communication (qualité du langage écrit, compatibilité des systèmes informatiques, respect des normes de confidentialité) constituent un défi partagé. Certains participants évoquent la difficulté de communiquer des dossiers de manière sécurisée et efficace, ou le manque d'aisance à formuler des lettres de référence claires, ce qui freine leur propension aux pratiques collaboratives.

Éducation à la collaboration interprofessionnelle chez les ostéopathes

Il est intéressant de constater que seulement 33,3 % des participants qui ont été formés aux pratiques de collaboration interdisciplinaire ont reçu de l'éducation à ce sujet au cours de leur cursus en ostéopathie. Ceci est en concordance avec l'hypothèse de recherche selon laquelle il y a un manque d'intégration formelle des principes de CIP dans les programmes d'enseignement en ostéopathie au Québec. Rappelons que la proportion d'ostéopathes sondés ayant suivi une formation s'élevait à 45,8 %, ce qui demeure inférieur à la moitié de l'échantillon.

Compte tenu de l'importance grandissante que prend la CIP au sein des soins de santé modernes, ces proportions restent relativement faibles. Malgré tout, il est intéressant de constater que, malgré cette formation inégale, près des trois quarts de notre échantillon se disent à l'aise d'intégrer des pratiques collaboratives dans leur exercice clinique. Comme notre revue de la littérature ne faisait pas état de données à ce sujet, nous ne pouvons pas comparer nos données à des publications antérieures.

FORCES, LIMITES ET IMPLICATIONS

Points forts

Les points forts de notre étude résident dans la richesse des données recueillies auprès de nos participants. En effet, ils ont été généreux en réponses aux questions ouvertes de notre questionnaire, nous permettant de générer une base de données qualitatives assez vaste. Ces items ont permis de sonder les opinions des ostéopathes sur les leviers et les freins à la collaboration interprofessionnelle en ostéopathie. Le fait d'avoir choisi un devis mixte permet d'avoir des résultats plus complets, nous permettant de décrire à la fois l'épaisseur et la longueur des réponses à nos objectifs de recherche. Cette étude est novatrice dans le sens où le questionnaire, de notre propre cru, a été rédigé spécifiquement pour répondre à nos questions initiales. La présente recherche peut se voir dans la même lignée que les efforts d'exploration des collaborations entre ostéopathes et médecins dans un contexte pédiatrique au Québec (Morin, 2017). Enfin, la diffusion de notre questionnaire a suscité de l'intérêt chez la communauté ostéopathique à ce sujet. Nous espérons avoir pu inciter les professionnels à se questionner par rapport à leurs pratiques collaboratives ainsi qu'à leur avoir donné un souffle nouveau pour la CIP.

Limites

Nous avons identifié plusieurs facteurs qui ont été des limites à notre étude. Tout d'abord, le questionnaire a été distribué uniquement en ligne. Or, ce ne sont pas tous les ostéopathes qui ont une présence sur les médias sociaux, ni qui y sont très assidus. Bien que nous ayons contacté diverses associations d'ostéopathes québécois, nous n'avons eu de retour que de la part de la CPOQ et de l'AQO. Nous ne savons pas si les autres associations ont diffusé le questionnaire à leurs membres. Nous aurions pu amplifier nos chances d'atteindre plus de participants si nous avions envoyé le questionnaire par la poste par exemple. Cependant, cela aurait considérablement compliqué les opérations, en plus d'engendrer des frais non négligeables : trouver les adresses de chaque ostéopathe québécois, imprimer le questionnaire, l'envoyer individuellement et attendre qu'il revienne

dûment complété. Bien que cela nous aurait possiblement permis de rejoindre davantage de participants, nous avons choisi de nous limiter à la diffusion électronique de notre questionnaire pour respecter les délais temporels inhérents à la fin du cursus en ostéopathie chez ENOSI. D'ailleurs, par rapport à la temporalité, le temps alloué à la conduite de ce projet nous a limité dans le délai pour la diffusion du questionnaire. Le format en ligne représente une autre limite en ce qui a trait au volet qualitatif du devis mixte. En effet, nous aurions probablement reçu davantage de réponses élaborées si nous avions choisi d'interroger nos participants par entrevues semi-dirigées. Le format électronique peut créer une distance qui n'est pas présente lors d'une conversation entre deux personnes qui se font face. Ainsi, le portrait qualitatif que nous avons pu dresser au sein de l'étude n'est peut-être pas complet comme il aurait pu l'être grâce à des entrevues en personne.

Nous avons identifié une limite forte en les biais de sélection et de représentativité, ce qui diminue substantiellement la fiabilité des résultats de l'étude. En effet, seuls les ostéopathes qui ont été rejoints par l'annonce du questionnaire et qui ont consciemment choisi de répondre nous ont transmis leurs réponses. Nous n'avons donc pas de données sur ceux qui n'ont pas répondu, et qui peuvent avoir un vécu complètement différent et contradictoire avec les données que nous avons recueillies. Le questionnaire, bien que clairement indiqué pour les ostéopathes québécois, était en accès libre. Cela signifie que n'importe quel individu pouvait y répondre, sans que nous ayons de moyens d'en valider l'identité. Enfin, notre échantillon ne comportait que 24 participants, signifiant que nos conclusions ne sont ni significatives, ni valides en termes de rigueur scientifique. Les résultats devraient donc être interprétés avec précaution.

Le questionnaire a représenté à lui seul une grande partie des limites rencontrées. En effet, comme nous l'avons construit nous-même dans un temps limité, il n'était pas tout-à-fait à point. Ainsi, nous aurions pu élaborer une meilleure réflexion quant à la structure des questions et à leur clarté. Il aurait également été judicieux d'inclure davantage d'écart dans les fréquences de référencement dans les questions où on demande aux participants combien de fois au cours des 6 derniers mois ils ont référé à un autre professionnel. Nous nous sommes aperçus du fait que la majorité des participants avait répondu « Plus de 5 fois » à cette question. Ceci était le pôle supérieur de nos possibilités

de réponses. Cela signifie que nous avons perdu une certaine proportion de réponses allant possiblement au-delà de cette fréquence.

Un dernier point par rapport au contexte de la réalisation de cette étude. Aucun comité d'éthique n'a approuvé le projet de manière formelle, et la totalité de l'analyse des données ainsi que de la revue de littérature ont été conduites par l'étudiante, et non une équipe de recherche expérimentée. Cela peut augmenter les biais et erreurs d'analyse propre à notre niveau de connaissances au sujet de la recherche.

Implications pour la recherche future et la pratique

Ce projet de recherche s'inscrit dans la lignée des écrits traitant des habitudes collaboratives en ostéopathie. Il est donc pertinent dans un contexte où on tente de décrire les habitudes et l'environnement des ostéopathes. Les résultats présentés tout au long de cette étude permettent de mettre en lumière certains angles morts dans la littérature actuelle, notamment en ce qui concerne la formation à la CIP dans les cursus ostéopathiques, la reconnaissance institutionnelle de la profession au Québec, ainsi que les dynamiques relationnelles concrètes entre ostéopathes et autres professionnels de la santé. Il nous apparaît pertinent que de futures études s'intéressent à l'efficacité réelle des collaborations interprofessionnelles impliquant les ostéopathes, tant du point de vue des résultats cliniques que de la satisfaction des patients. De plus, les enjeux soulevés par les participants — comme la crainte d'une réprobation du Collège des médecins, le manque d'outils de communication standardisés ou encore la perception d'un flou identitaire — mériteraient selon nous d'être approfondis. Enfin, des études comparatives entre provinces ou pays, en fonction du degré de reconnaissance légale de l'ostéopathie, pourraient aider à mieux comprendre l'impact du cadre réglementaire sur les pratiques de CIP.

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif de dresser le tableau actuel des pratiques collaboratives des ostéopathes québécois avec d'autres professionnels de santé. Nous avions également comme ligne directrice de connaître leurs habitudes de référencement ainsi que les facteurs facilitants et limitants au développement de la CIP dans cette population. Les résultats de notre étude permettent de dresser un portrait nuancé de la réalité professionnelle ostéopathique au Québec. Bien que des formes de collaboration soient bel et bien présentes, notamment à travers les référencements réguliers — surtout vers les médecins et physiothérapeutes —, la collaboration interdisciplinaire au sens strict, impliquant une planification concertée des soins, demeure peu fréquente.

Nos analyses ont mis en évidence plusieurs facteurs influençant la CIP. Parmi les leviers identifiés, la proximité organisationnelle, le développement de réseaux de confiance, la reconnaissance mutuelle des expertises et l'usage d'un langage biomédical commun favorisent l'émergence de collaborations plus soutenues. À l'inverse, les obstacles relevés incluent la méconnaissance des rôles respectifs, le manque de reconnaissance officielle de l'ostéopathie, des difficultés communicationnelles, ainsi qu'un certain flou entourant les modalités réglementaires et juridiques de la profession. Certains freins, comme la crainte du Collège des médecins ou l'absence d'outils d'évaluation objectifs, ont été soulevés par les participants mais restent peu traités dans la littérature actuelle, ce qui souligne leur pertinence pour de futures recherches.

Compte tenu des avantages considérables d'une prise en charge coordonnée et faisant intervenir des cliniciens de diverses professions, il nous semble essentiel que des enseignements sur les bonnes pratiques collaboratives soient transmises aux étudiants en ostéopathie. Rappelons que seulement près du tiers des participants formés à la CIP avaient reçu cette éducation dans leur cursus ostéopathique. Pour ceux détenant déjà leur diplôme ou qui auraient besoin d'une mise à jour, des formations continues, événements de réseautage interprofessionnel et des conférences pourraient également être offerts à ce sujet.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abrosimoff, M., & Rajendran, D. (2020). 'Tell me your story'—How osteopaths apply the BPS model when managing low back pain—A qualitative study. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 35, 13-21. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2019.11.006>
- Alvarez, G., Zegarra-Parodi, R., & Esteves, J. E. (2021). Person-centered versus body-centered approaches in osteopathic care for chronic pain conditions. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*, 13, 1759720X211029417. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1177/1759720X211029417>
- Amorim, M., Bennett, J., McGarry, D., Moore, B., Orrock, P., Whitton, L., & Dullard, S. (2024). Osteopathic health care in aged care facilities: The experience of practitioners in an emerging practice setting. *Australasian Journal on Ageing*, 43(4), 828-836. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1111/ajag.13362>
- Bachynsky, N. (2020). Implications for policy: The Triple Aim, Quadruple Aim, and interprofessional collaboration. *Nursing Forum*, 55(1), 54-64. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1111/nuf.12382>
- Baker, Egan-Lee, Martimianakis, & Reeves. (2011). Relationships of power: Implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 98-104. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.505350>
- Barkham, M., & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Éds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition.*, 7th ed. (2021-81510-005; p. 135-189). John Wiley & Sons, Inc.; APA PsycInfo. <https://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2021-81510-005&site=ehost-live&scope=site>
- Baroni, F., Schleip, R., Arcuri, L., Consorti, G., D'Alessandro, G., Zegarra-Parodi, R., Vitali, A. M., Tramontano, M., & Lunghi, C. (2023). Functional Neuromyofascial Activity: Interprofessional Assessment to Inform Person-Centered Participative Care—An Osteopathic Perspective. *Healthcare* (2227-9032), 11(21), 2886. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.3390/healthcare11212886>
- Berquin, A. (2010). [The biopsychosocial model: Much more than additional empathy]. *Revue medicale suisse*, 6(258), 1511-1513. MEDLINE with Full Text.
- Bohlen, L., Shaw, R., Cerritelli, F., & Esteves, J. E. (2021). Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework. *Frontiers in psychology*, 12, 767005. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.767005>

- Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model : Core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine*, 53(16), 7504-7511. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>
- Boonmak, P., Saensom, D., Tangpukdee, J., Ruaisungnoen, W., Chanthapasa, K., Chaibunruang, A., Kraiklang, R., Limmonthol, S., Phimphasak, C., Boonmak, P., & Boonmak, S. (2024). Perceptions and influencing factors of interprofessional collaboration in final-year health science students. *Journal of Interprofessional Care*, 38(6), 1109–1116. <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2401363>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3-26. APA PsycArticles. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Brownie, S., Tokolahi, E., Broman, P., Haggie, M., & Andersen, P. (2023). Do Regulatory and Curriculum Requirements for Interprofessional Practice Align? *Journal of multidisciplinary healthcare*, 16, 3675-3687. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S438791>
- Carney, Thayer, Palmer, Galper, Zierler, & Eiff. (2019). The benefits of interprofessional learning and teamwork in primary care ambulatory training settings. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 15, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.03.011>
- Carr, J., Lane, T., Naylor, J., Orrock, P., Shrubsole, K., Vaughan, B., & Jones, E. (2024). 'Thrown at twins'—A qualitative study exploring the lived experience of Australian osteopaths who regularly treat paediatric patients. *Complementary therapies in clinical practice*, 57, 101897. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2024.101897>
- Cerritelli, F., Consorti, G., van Dun, P. L. S., Esteves, J. E., Sciomachen, P., Valente, M., Lacorte, E., & Vanacore, N. (2020). The Italian Osteopathic Practitioners Estimates and RAtes (OPERA) study : How osteopaths work. *PloS one*, 15(7), e0235539. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235539>
- Clarke, V. et Braun, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners* (éd. 1). New York, NY : Sage.
- Clearfield, M. (2018). Moving Down the Road Less Traveled : The GROUPIE Program at Touro California. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 118(11), 696-699. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2018.153>
- Dallaire, F. (2017). Des étudiants en ostéopathie accusés de pratique illégale de la médecine. Ici Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1018439/desordre-osteopathique-osteopathie-college-medecins-montreal-poursuite>

- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999a). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1468>
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999b). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17, 67-94.
- Degenhardt, B., van Dun, P. L. S., Jacobson, E., Fritz, S., Mettler, P., Kettner, N., Franklin, G., Hensel, K., Lesondak, D., Consorti, G., Frank, L., Reed, W. R., MacDonald, C., Kremen, V., Martin, C., Landels, B., & Standley, P. (2024). Profession-based manual therapy nomenclature: Exploring history, limitations, and opportunities. *Journal of Manual & Manipulative Therapy* (Taylor & Francis Ltd), 32(1), 96-110. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1080/10669817.2023.2288495>
- Devan, H., Godfrey, H. K., Perry, M. A., Hempel, D., Saito, B., Hale, L., & Grainger, R. (2019). Current practices of health care providers in recommending online resources for chronic pain self-management. *Journal of pain research*, 12, 2457-2472. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.2147/JPR.S206539>
- Ducharme, J.-F. (2024, 6 février). *Une première au Québec : nouveaux programmes universitaires en ostéopathie.* Actualités UQAM. <https://actualites.uqam.ca/2024/nouveaux-programmes-osteopathie-premiere-quebec/>
- 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>
- European Observatory on Health Systems and Policies, Nolte, E., Knai, C., & Saltman, R. B. (2014). Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches (Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458642/pdf/Bookshelf_NBK458642.pdf
- Fawkes, C. A., Leach, C. M. J., Mathias, S., & Moore, A. P. (2014). A profile of osteopathic care in private practices in the United Kingdom: A national pilot using standardised data collection. *Manual therapy*, 19(2), 125-130. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1016/j.math.2013.09.001>
- Feireisen, C. (2024). L'ostéopathie, bientôt enseignée à l'université. Congrès de l'ACFAS, E8.
- Felgoise SH, Branch J, Poole A, Levy L, & Becker M. (2019). Interprofessional education : Collaboration and learning in action. *Journal - American Osteopathic Association*, 119(9), 612-619. AMED - The Allied and Complementary Medicine Database.

- Fleischmann, M., Vaughan, B., Bird, A., Grace, S., Fitzgerald, K., & McLeod, G. (2022). Demographic, practice and clinical management characteristics of osteopaths referring to podiatrists : Secondary analysis of a nationally representative sample of Australian osteopaths. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-9. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07520-6>
- Goulian, R. L., & Berkowitz, M. R. (2014). Gray zone : Why a delayed acceptance of osteopathic medicine persists in the international community. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 114(10), 754-760. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2014.145>
- Gouvernement du Québec. (2021). Continuum de soins et de services en douleurs chroniques. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-947-05W.pdf>
- Grace, S. (2015). Interprofessional competencies in the curriculum : Interpretations of educators from five health professions. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 499-500. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.994200>
- Gray, B., & Orrock, P. (2014). Investigation into Factors Influencing Roles, Relationships, and Referrals in Integrative Medicine. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 20(5), 342-346. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1089/acm.2013.0167>
- Guck, Potthoff, Walters, Doll, Greene, & DeFreece. (2019). Improved Outcomes Associated With Interprofessional Collaborative Practice. *Annals of family medicine*, 17(Suppl 1), S82. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1370/afm.2428>
- Horler, C., Eve, E., & Turner, R. (2023). Improving the Format, Content, and Writing Process of Outpatient Clinic Letters Within a Musculoskeletal Therapy Department. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 49(12), 712-715. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2023.07.005>
- IASP. (2020, juillet 16). IASP Announces Revised Definition of Pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Liamputtong, P. (2019). *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (Springer).
- Lopane, D., Mazzoleni, B., Cattani, D., Soekeland, F., Dacomini, A., Coldani, C., Tomaiuolo, G., Cangelosi, G., & Mancin, S. (2024). Osteopathy in the Italian healthcare landscape : Perceptions and areas of competence according to healthcare professionals. *Advances in Integrative Medicine*, 11(3), 164-170. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2024.07.003>

- Miller, D. W., & Paradis, E. (2020). Making it real: The institutionalization of collaboration through formal structure. *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 528-536. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Miller, J.-M., Janelle, C., Paoli, P., & Tremblay, R. (2020). L'équipe interdisciplinaire et le rôle du patient partenaire. https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/33/2020/05/00_10-Jean-Marc-Miller-Interdisciplinar%C3%A9-et-traitement-de-la-douleur.pdf
- Morgan, K. H., Barroso, C. S., Bateman, S., Dixson, M., & Brown, K. C. (2020). Patients' Experiences of Interprofessional Collaborative Practice in Primary Care : A Scoping Review of the Literature. *Journal of patient experience*, 7(6), 1466-1475. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1177/2374373520925725>
- Morin, C. (2017). Collaboration interprofessionnelle entre médecins et ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec. Université de Sherbrooke.
- Morin, C., Desrosiers J, & Gaboury I. (2017a). Descriptive study of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths for the pediatric population in Quebec, Canada. *BMC health services research*, 17(1), 726. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2717-y>
- Morin, C., Desrosiers, J., & Gaboury, I. (2017b). When, why, and how osteopaths and physicians communicate : Lessons learned from the results of a mixed methods study. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 26, 3-9. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2017.10.006>
- Morin C, Desrosiers J, & Gaboury I. (2018). Enablers and barriers to the development of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths : A mixed methods study. *Journal of interprofessional care*, 32(4), 463-472. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1435515>
- O'Donnell-Jasmin, L. (2010). *Faire équipe face à la douleur chronique*. Les productions Odon.
- Office des professions du Québec. (2022). Avis sur l'opportunité de constituer un ordre professionnel des ostéopathes. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2022-23_011_Avis-osteopathes-07-06-2022.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Benchmarks for Training in Osteopathy*. Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine. World Health Organisation.
- Peng, P., Stinson, J. N., Choiniere, M., Dion, D., Intrater, H., LeFort, S., Lynch, M., Ong, M., MScEpid, S. R., Tkachuk, G., & Veillette, Y. (2008). Role of health care professionals in multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. *Pain Research*

& Management, 13(6), 484-488. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1155/2008/726804>

Pilate, P et Cause, H. (2013). Le grand livre de l'ostéopathie, Paris, Éditions Eyrolles, 345 p.

Rajan, J. N., de Mello, W. F., & Bond, S. (2012). Pain and suffering : Twins that can be managed using an interdisciplinary and biopsychosocial health model. Emergency medicine journal: EMJ, 29(7), 602. MEDLINE with Full Text.
<https://doi.org/10.1136/emermed-2012-201308>

Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. Journal of Interprofessional Care, 25(3), 167-174. Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. The Cochrane database of systematic reviews, 6, CD000072. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

Russo, G., Remonato, A., Remonato, R., & Zanier, E. (2017). Hypnosis and Osteopathic Manipulative Treatment for Visual Disorders During Pregnancy : A Case Report. Advances in mind-body medicine, 31(3), 23-27. MEDLINE with Full Text.

Schmid, G. L., Kluge, J., Deutsch, T., Geier, A.-K., Bleckwenn, M., Unverzagt, S., & Frese, T. (2021). Osteopathy in Germany : Attitudes, beliefs and handling among general practitioners – results of a nationwide cross-sectional questionnaire survey. BMC Family Practice, 22(1), 1-11. CINAHL Plus with Full Text.
<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01545-2>

Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. Journal of Interprofessional Care, 34(3), 332-342. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>

Thomson, K., Outram, S., Gilligan, C., & Levett-Jones, T. (2015). Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care. Journal of Interprofessional Care, 29(6), 634–640. <https://doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.3109/13561820.2015.1040873>

Steel, A., Diezel, H., Frawley, J., Wardle, J., & Adams, J. (2020). Providing maternity care from outside the system : Perspectives of complementary medicine practitioners. Journal of interprofessional care, 1-9. MEDLINE with Full Text.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1711717>

- Toloui-Wallace J, Forbes R, Thomson OP, & Costa N. (2024a). Fluid professional boundaries : Ethnographic observations of co-located chiropractors, osteopaths and physiotherapists. *BMC health services research*, 24(1), 344. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10738-1>
- Toloui-Wallace J, Forbes R, Thomson OP, & Setchell J. (2022a). When worlds collide : Experiences of physiotherapists, chiropractors, and osteopaths working together. *Musculoskelet Sci Pract*, 60. AMED - The Allied and Complementary Medicine Database. <https://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=amed&AN=5027436&site=ehost-live&scope=site>
- Tricot, P. (2003). Les fondements de l'ostéopathie. Repéré à http://www.osteogranville.fr/images/stories/PDF/pt_fondements.pdf
- Turk, D. C., Stanos, S. P., Palermo, T. M., Paice, J. A., Jamison, R. N., Gordon, D. B., Cowan, P., Covington, E. C., & Clark, M. E. (2010). *Interdisciplinary Pain Management*. American Pain Society.
- Université de Sherbrooke. (s.d.). *Inter, trans, multi, pluri ou intradisciplinarité?* Faculté d'éducation. Laboratoire interdisciplinaire littérature et mathématiques. <https://www.usherbrooke.ca/litt-et-maths/fondements/inter-trans-multi-pluri-ou-intradisciplinarite>
- van Dun, P. L. S., Arcuri, L., Verbeeck, J., Esteves, J. E., & Cerritelli, F. (2022). The Austrian Osteopathic Practitioners Estimates and RAtes (OPERA): A cross-sectional survey. *PloS one*, 17(11), e0278041. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278041>
- van Dun, P. L. S., Verbeeck, J., Arcuri, L., Esteves, J. E., & Cerritelli, F. (2022). The Profile of Belgian Osteopaths : A Cross-Sectional Survey. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 10(11). MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.3390/healthcare10112136>
- Vaughan, B., Fleischmann, M., Grace, S., Engel, R., Fitzgerald, K., Steel, A., Peng, W., & Adams, J. (2023). Osteopathy Referrals to and from General Practitioners : Secondary Analysis of Practitioner Characteristics from an Australian Practice-Based Research Network. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 12(1). MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.3390/healthcare12010048>
- Vaughan, B., Moore, K., Macfarlane, C., & Grace, S. (2017). Australian osteopathic students' perceptions of interprofessional relationships. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 23, 11-21. CINAHL Plus with Full Text. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2016.06.004>
- Vernon, V., Skinner, B. W., Devine, P. S., Fauquier, L., & Young, E. (2024). Building Interprofessional Competencies Through a Collaborative Prescribing Activity With Osteopathic, Pharmacy, and Physician Assistant Students. *MedEdPORTAL* : the

journal of teaching and learning resources, 20, 11403. MEDLINE with Full Text.
https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11403

Wagner, A., Ménard, M., Jacquot, E., Marangelli, G., Merdy, O., Clouzeau, C., Tavernier, P., Verbeeck, J., Vaucher, P., Esteves, J. E., Cerritelli, F., & van Dun, P. LS. (2023). The profile of French osteopaths : A cross-sectional survey. International Journal of Osteopathic Medicine, 49, N.PAG-N.PAG. CINAHL Plus with Full Text.
<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2023.100672>

Walton, D. M., & Elliott, J. M. (2018). A new clinical model for facilitating the development of pattern recognition skills in clinical pain assessment. Musculoskeletal science & practice, 36, 17-24. MEDLINE with Full Text.
<https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.03.006>

Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration : Facilitators, barriers, and outcomes. Journal of Interprofessional Care, 36(5), 735-749. CINAHL Plus with Full Text.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>

ANNEXES

ANNEXE A. Questionnaire

Section 1 : introduction (présentation du projet et consentement éclairé du participant)

Enquête sur les pratiques de collaboration interprofessionnelle des ostéopathes en contexte privé

Cette enquête a pour visée de dresser le portrait de la perception et des habitudes des ostéopathes québécois en termes de pratiques collaboratives et interprofessionnelles.

Critères de participation

Inclusion :

- Ostéopathe finissant ou diplômé (D.O.) de toute école se qualifiant selon les normes de l'OMS.
- Avoir pratiqué l'ostéopathie au Québec dans la dernière année.

Exclusion :

- Ostéopathes finissants ou diplômés n'ayant pas pratiqué l'ostéopathie au Québec dans la dernière année.

Ce questionnaire a été rédigé pour dresser un portrait de vos propre * expérience pratique. Pour recueillir des résultats les plus fidèles possibles, lisez attentivement les énoncés et les choix de réponse.

Le questionnaire nécessite environ 5 minutes pour le remplir. Merci de compléter l'ensemble du questionnaire, car vos réponses ne seront pas enregistrées si vous interrompez le questionnaire avant la fin. La participation à ce questionnaire n'est pas rémunérée et n'entraîne aucun risque ni bénéfice direct pour vous, à part la gratitude du chercheur d'avoir mis votre grain de sel dans ce projet de recherche.

Confidentialité et sécurité des données :

Toutes les informations personnelles seront traitées de manière strictement confidentielle. Les données seront stockées sur des serveurs sécurisés de Google Forms, accessibles uniquement à la chercheure responsable de l'étude. Les réponses seront anonymisées pour garantir la confidentialité et la sécurité des informations. Les résultats seront utilisés exclusivement à des fins de recherche et seront présentés sous forme agrégée, sans aucune information identifiable sur les participants.

Pour toute question, veuillez contacter la chercheure responsable.

Justine Carrier : osteopathie.justine@gmail.com

Notez que la date de tombée pour répondre au questionnaire est le 5 février 2024 à 11h59. Les réponses reçues après ce délai ne seront pas comptabilisées.

Merci de votre précieuse collaboration et de votre temps !

J'accepte librement et de ma volonté propre de participer anonymement à ce questionnaire. Je consens à ce que la chercheure utilise mes réponses tel que décrit plus haut, strictement dans le cadre d'un projet de fin d'études en ostéopathie.

Section 2 (quantitative) : environnement de travail et aperçu de la clientèle**A. Environnement de travail et aperçu de la clientèle**

Lisez soigneusement chaque question pour que votre réponse représente le plus fidèlement possible votre pratique clinique.

1. Travaillez-vous en **clinique privée solo** ou en **clinique avec d'autres professionnels** ?

*

- Clinique privée solo
 - Clinique avec d'autres professionnels
 - Je travaille parfois solo, parfois en clinique avec d'autres professionnels
-

2. Si vous travaillez en clinique avec d'autres professionnels, quelles sont les **professions** de vos collègues ?

Cochez **toutes** les options qui s'appliquent.

- Ostéopathe
- Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique
- Chiropraticien
- Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute
- Acupuncteur
- Kinésiologue
- Psychologue
- Médecin
- Infirmière
- Autre : _____

3. Quel type de clientèle recevez-vous **régulièrement** en clinique?

Cochez toutes les situations qui s'appliquent.

- Pédiatrie
- Périnatalité
- Adultes
- Sportifs
- Personnes âgées (plus de 65 ans)
- Troubles neurocognitifs
- Douleurs chroniques, persistantes
- Anciens combattants
- Autre : _____

Section 3 (quantitatif et qualitatif) : collaboration interprofessionnelle en santé

B. Collaboration interprofessionnelle en santé

De manière générale, une approche **monodisciplinaire** réfère au recours à une seule discipline pour prendre en charge un individu dans un contexte de soin.

Les modalités de **collaboration interprofessionnelle** se produisent lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins (*Office fédéral de la santé publique, 2013*).

Lisez soigneusement chaque question pour que votre réponse représente le plus fidèlement possible votre pratique clinique.

1. Avez-vous déjà suivi de la **formation** ayant trait aux pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé?

Oui

Non

1.1 Si oui, veuillez préciser où l'aspect formatif a été prodigué.

Dans le cadre du cursus scolaire ostéopathique

En formation continue pour les ostéopathes

En formation continue dans un autre contexte

Dans le cadre du cursus scolaire dans une autre discipline

Autre : _____

2. En tant qu'ostéopathe, quel est votre **intérêt à collaborer** avec d'autres professionnels de la santé?

Sélectionner



Les réponses possibles étaient Aucun intérêt, Intérêt faible, Intérêt neutre ou moyen, Bon intérêt, Beaucoup d'intérêt.

3. Vous sentez-vous **outillé** pour **collaborer** avec d'autres professionnels de la santé?

Oui

Non

3.1 Quelles **difficultés** rencontrez-vous **personnellement** lorsque vous tentez de collaborer avec d'autres professionnels de la santé?
Nommez tout ce qui vous semble pertinent.

Votre réponse

3.2 Quels facteurs **facilitent personnellement** votre collaboration avec d'autres professionnels de la santé?
Nommez tout ce qui vous semble pertinent.

Votre réponse

4. **De manière générale**, selon vous, quels facteurs **limitent** la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de la santé?
Nommez tout ce qui vous semble pertinent.

Votre réponse

5. **De manière générale**, selon vous, quels facteurs **facilitent** la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de la santé?
Nommez tout ce qui vous semble pertinent.

Votre réponse

Section 4 (quantitatif) : habitudes de pratiques collaboratives

C. Fréquence des pratiques collaboratives

Lisez soigneusement chaque question pour que votre réponse représente le plus fidèlement possible votre pratique clinique.

1. Avez-vous une **relation professionnelle** avec au moins un autre professionnel de la santé (physiothérapeute, chiropraticien, ergothérapeute, médecin, etc) pour **référer**, recevoir des **références ou partager** de l'information concernant un client?

- Oui
- Non

1.1 Quelle est la **profession** avec laquelle vous **collaborez** le plus souvent ?

- Ostéopathie
- Physiothérapie
- Chiropratique
- Massothérapie / orthothérapie / kinésithérapie
- Acupuncture
- Kinésiologie
- Psychologie
- Médecine
- Soins infirmiers
- Autre : _____

2. À quelle **fréquence communiquez-vous** avec d'autres professionnels de la santé (non ostéopathes) **concernant votre clientèle**?



Les réponses possibles étaient Systématiquement, Régulièrement, Parfois, Rarement, Jamais.

3. Quel est votre **moyen de communication préféré** pour contacter d'autres professionnels de la santé?

- Lettre papier ou électronique
- Téléphone
- Télécopieur
- En personne
- Courriel
- Verbal, par l'intermédiaire du client
- Autre : _____

3.1 À quelle **fréquence** recevez-vous un **retour** (écrit, verbal ou autre) du professionnel contacté?

Sélectionner



Pour les questions 3,1 et 3,2, les réponses possibles étaient Systématiquement, Régulièrement, Parfois, Rarement, Jamais.

4. À quelle **fréquence** des **professionnels** non ostéopathes **font appel à vous** pour votre expertise?

Sélectionner



5. Lors de vos consultations en clinique, de manière générale, avez-vous plutôt tendance à...

- Élaborer un plan de traitement seulement en ostéopathie (approche unimodale).
- Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
- Élaborer un plan d'intervention avec d'autres professionnels et travailler conjointement sur les objectifs du client (approche interdisciplinaire).

Pour les questions 6 à 9, les réponses possibles étaient 0 fois, 1 fois, 2 à 3 fois, 4 à 5 fois, Plus de 5 fois.

6. Dans un **mois typique**, combien de fois **référez-vous** un de vos clients à un autre professionnel?

Sélectionner▼

7. Dans les **6 derniers mois**, combien de fois avez-vous **référé** un de vos clients à un autre professionnel?

Sélectionner▼

8. Dans un **mois typique**, combien de fois **travaillez-vous directement** avec un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) en interdisciplinarité?

Sélectionner▼

9. Dans les **6 derniers mois**, combien de fois avez-vous **directement travaillé** avec un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) en interdisciplinarité?

Sélectionner▼

Section 5 (quantitatif) : habitudes de référencement

D. Habitudes de référencement vers d'autres professions

Répondez à cette section **seulement** si vous **référez** vos clients à d'autres professionnels.

Pour les questions 1 à 4, les réponses possibles étaient Systématiquement, Régulièrement, Parfois, Rarement, Jamais.

1. À quelle fréquence référez-vous des clients en **physiothérapie**?

Sélectionner ▾

2. À quelle fréquence référez-vous des clients en **ergothérapie**?

Sélectionner ▾

3. À quelle fréquence référez-vous des clients en **chiropratique**?

Sélectionner ▾

4. À quelle fréquence référez-vous vos clients à un **médecin**?

Sélectionner ▾

5. Y a-t-il d'**autres professionnels** à qui vous référez vos clients?

Si oui, nommez-les.

À quelle **fréquence** référez-vous à ces professionnels?

Votre réponse

Section 6 (quantitatif) : habitudes de collaboration interprofessionnelle

E. Habitudes de travail en interdisciplinarité

Répondez à cette section **seulement** si vous **travaillez conjointement** avec d'autres professionnels (**prise en charge commune** avec **concertations** au sujet du client).

Pour les questions 1 à 4, les réponses possibles étaient Systématiquement, Régulièrement, Parfois, Rarement, Jamais.

1. À quelle **fréquence** travaillez-vous **conjointement** avec un.e **physiothérapeute** pour prendre en charge vos clients?



2. À quelle **fréquence** travaillez-vous **conjointement** avec un.e **ergothérapeute** pour prendre en charge vos clients?



3. À quelle **fréquence** travaillez-vous **conjointement** avec un.e **chiropraticien.ne** pour prendre en charge vos clients?



4. À quelle **fréquence** travaillez-vous **conjointement** avec un **médecin** pour prendre en charge vos clients?



5. Y a-t-il d'**autres professionnels** avec qui vous travaillez **conjointement** pour prendre en charge vos clients?

Si oui, nommez-les.

À quelle **fréquence** travaillez-vous avec chacun?

Votre réponse

Section 7 : données sociodémographiques

Données sociodémographiques

1. Quel est votre **genre**?

- Femme
- Homme
- Autre / préfère ne pas révéler cette information

2. Dans quelle **tranche d'âge** vous situez-vous?

- Moins de 25 ans
- Entre 25 et 34 ans
- Entre 35 et 44 ans
- Entre 45 et 54 ans
- Entre 55 et 64 ans
- Plus de 65 ans

3. Depuis combien de **temps** pratiquez-vous en tant qu'ostéopathe ou ostéopathe étudiant?

- Moins de 1 an
- 1 à 2 ans
- 3 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- Plus de 15 ans

4. Vous êtes:

- Professionnel.le diplômé.e en ostéopathie
- Étudiant.e en ostéopathie
- Enseignant.e en ostéopathie

5. Quelles sont vos **formations antérieures** au diplôme en ostéopathie?

Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Formation collégiale générale
- Technique de réadaptation physique (TRP)
- Acupuncture
- Ergothérapie
- Physiothérapie
- Chiropractie
- Soins infirmiers
- Kinésiologie
- Sciences biomédicales
- Autre : _____

Section 8 : fin du questionnaire

Fin du questionnaire

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

Nous sommes sincèrement reconnaissant pour votre temps et vos précieuses informations.

Si vous avez des collègues qui pourraient également être intéressés à participer, partagez-leur le lien du questionnaire !

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScdWcvuN_6M-SW0gHcX3g2QOXgSc9bLlInApyHehR6eMQXocQ/viewform

Vous pouvez maintenant cliquer sur « Suivant » pour compléter votre participation.

Pour toute question, vous pouvez contacter la chercheure.

Justine Carrier : osteopathie.justine@gmail.com

ANNEXE B. Appel à la participation à l'étude, tel que publié sur les réseaux sociaux

 Justine Carrier ► Association des étudiants et enseignants d'ENOSI ...
9 novembre 2024 · 🎉

💡 Mon protocole de recherche étant validé (yeah!), je commence la publication de mon **questionnaire de recherche**.

👉 Ce dernier a pour but de dresser un portrait des pratiques de **collaboration interprofessionnelle** des ostéopathes au Québec.

🍀 Pour ceux qui sont passés par là, vous savez à quel point les réponses participatives sont précieuses!

Votre participation vous permettra évidemment de recevoir ma **reconnaissance éternelle** 😊

☀️ Voici le lien pour y participer:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfHZ_CF_p9FNPQfXeqp-WyyKuXw9OlvxMcnUu3BID2Ntqb05g/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Enquête sur les pratiques de collaboration interprofessionnelle des ostéopathes en contexte privé
L'enquête a pour visée de dresser le portrait de la perception et des habitudes des ostéopathes québécois en termes de pratiques collaboratives et interprofessionnelles.
Niveau de participation: **obligatoire**
Catégorie: **étudiant ou diplômé**
Délai: **de trois à quatre semaines** selon les normes de l'OMS.
Avoir pris au moins un cours d'ostéopathie au Québec dans la dernière année.
Statut: **étudiant**
Délai: **de trois à quatre semaines** au moins.
Avoir pris au moins un cours d'ostéopathie au Québec dans la dernière année.
Statut: **diplômé**
Délai: **de trois à quatre semaines** au moins.
Avoir pris au moins un cours d'ostéopathie au Québec dans la dernière année.
Statut: **autre**
Délai: **de trois à quatre semaines** au moins.
Avoir pris au moins un cours d'ostéopathie au Québec dans la dernière année.
Statut: **pas de réponse**
Délai: **de trois à quatre semaines** au moins.
Avoir pris au moins un cours d'ostéopathie au Québec dans la dernière année.

DOCS.GOOGLE.COM
Enquête sur les pratiques de collaboration interprofessionnelle des ostéopathes en contexte...
Cette enquête a pour visée de dresser le portrait de la perception et des habitudes des ostéopathes québécois en termes de pratiques collaboratives et interprofessionnelles....

ANNEXE C. Appel à la diffusion de l'étude, tel qu'envoyé par courriel

Invitation à diffuser un questionnaire

– ↗ ✖

info@osteopathiequebec.ca

Invitation à diffuser un questionnaire

Bonjour,

Je vous contacte aujourd'hui pour vous partager un questionnaire ayant pour but de documenter les pratiques de collaboration interprofessionnelle chez les ostéopathes du Québec.

Ce dernier a été rédigé dans le cadre de mon projet de fin d'études en ostéopathie (mémoire de recherche), à l'école ENOSI, sous la supervision de Diego Legrand B.Pharm., M.Sc., Ph.D ABD, HC, PMP et Benoît Hogedez PHT, M.A. Philosophy of Medicine.

Votre participation, ainsi que la diffusion du questionnaire dans la communauté d'Ostéopathie Québec, serait grandement appréciée.

Voici le lien vers le questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfHZ_CF_p9FNPQfXeqp-WyyKuXw9OlvxMcnUu3BID2Ntqb05g/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Sincères salutations,

Justine Carrier

Ostéopathe étudiante en dernière année ENOSI

ANNEXE D. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Participant	Identité de genre	Tranche d'âge	Années d'expérience en ostéopathie	Statut professionnel vis-à-vis de l'ostéopathie	Formations antérieures à l'ostéopathie
P1	Femme	25 à 34	1 à 2 ans	Étudiante	Formation collégiale générale
P2	Femme	35 à 44	1 à 2 ans	Étudiante	Formation collégiale générale
P3	Femme	45 à 54	3 à 5 ans	Étudiante	Massothérapie Naturopathie
P4	Femme	35 à 44	11 à 15 ans	Diplômée	Formation collégiale générale
P5	Femme	25 à 34	1 à 2 ans	Diplômée	Technique de réadaptation physique (TRP)
P6	Homme	35 à 44	3 à 5 ans	Diplômé	Formation collégiale générale
P7	Femme	35 à 44	3 à 5 ans	Diplômée	Technique de réadaptation physique (TRP)
P8	Homme	35 à 44	6 à 10 ans	Diplômé et enseignant	Maîtrise en préparation physique et mentale du sportif de haut niveau
P9	Femme	35 à 44	6 à 10 ans	Diplômée	Sciences biomédicales
P10	Femme	35 à 44	3 à 5 ans	Diplômée	Massothérapie
P11	Femme	< 25	< 1 an	Étudiante	Formation collégiale générale Massothérapie

P12	Femme	25 à 34	3 à 5 ans	Diplômée	Technique de réadaptation physique (TRP) Massothérapie Entraîneur privé
P13	Femme	55 à 64	6 à 10 ans	Diplômée et enseignante	Biologie
P14	Femme	45 à 54	6 à 10 ans	Diplômée et enseignante	Formation collégiale générale
P15	Femme	35 à 44	6 à 10 ans	Diplômée	Formation collégiale générale
P16	Femme	45 à 54	6 à 10 ans	Diplômée et enseignante	Soins infirmiers
P17	Homme	35 à 44	> 15 ans	Diplômé	/
P18	Femme	45 à 54	3 à 5 ans	Diplômée	Soins infirmiers
P19	Homme	35 à 44	3 à 5 ans	Étudiant	Formation collégiale générale Massothérapie Kinésithérapie Orthothérapie Université (arts) Certifications diverses (approches diverses et techniques variées en lien avec la santé et la thérapie manuelle)
P20	Femme	45 à 54	3 à 5 ans	Diplômée	B Sc Immunologie M. Sc Biologie moléculaire

P21	Femme	45 à 54	1 à 2 ans	Diplômée	Formation collégiale générale Massothérapie
P22	Femme	35 à 44	3 à 5 ans	Étudiante	Soins infirmiers Fitness
P23	Femme	35 à 44	3 à 5 ans	Étudiante	/
P24	Femme	25 à 34	1 à 2 ans	Étudiante	Formation collégiale générale Technique de réadaptation physique (TRP) Massothérapie Orthothérapie

ANNEXE E. Réponses des participants au questionnaire

Participant	Travaillez-vous en clinique privée solo ou en clinique avec d'autres professionnels ?	Si vous travaillez en clinique avec d'autres professionnels, quelles sont les professions de vos collègues ?	Quel type de clientèle recevez-vous régulièrement en clinique ?
P1	Je travaille parfois solo, parfois en clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Chiropraticien, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute, Kinésiologue	Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P2	Clinique privée solo	/	Pédiatrie, Adultes, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P3	Clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Chiropraticien, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute	Pédiatrie, Adultes, Personnes âgées (plus de 65 ans), Troubles neurocognitifs, Douleurs chroniques, persistantes
P4	Clinique privée solo	/	Pédiatrie, Périnatalité, Douleurs chroniques, persistantes, Anciens combattants
P5	Clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, Kinésiologue, Psychologue	Pédiatrie, Adultes, Sportifs

P6	Clinique privée solo	/	Pédiatrie, Périnatalité, Adultes, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P7	Clinique avec d'autres professionnels	Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute, Travailleuse sociale	Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes, Anciens combattants
P8	Clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute, Acupuncteur, Psychologue	Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P9	Clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute, Acupuncteur, Infirmière	Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P10	Clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, Chiropraticien, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute	Pédiatrie, Adultes, Douleurs chroniques, persistantes
P11	Clinique avec d'autres professionnels	Hygiéniste dentaire	Pédiatrie, Périnatalité, Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes, Anciens combattants, Douleurs nerveuses

P12	Clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute, Médecin, Entraineur personnel	Pédiatrie
P13	Clinique privée solo	/	Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P14	Clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Acupuncteur, Naturopathe	Périnatalité, Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Troubles neurocognitifs, Douleurs chroniques, persistantes
P15	Clinique privée solo	/	Pédiatrie, Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P16	Clinique privée solo	/	Pédiatrie, Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P17	Clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute, Acupuncteur, Psychologue, Médecin, Infirmière	Pédiatrie, Périnatalité, Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Troubles neurocognitifs, Douleurs chroniques, persistantes

P18	Clinique avec d'autres professionnels	Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute, Psychologue, sexologue, travailleur social, criminologue, art thérapeute, hypnothérapeute	Pédiatrie, Périnatalité, Adultes, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P19	Clinique privée solo	/	Adultes, Sportifs, Troubles neurocognitifs, Douleurs chroniques, persistantes, Anciens combattants
P20	Je travaille parfois solo, parfois en clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe	Pédiatrie, Périnatalité, Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes
P21	Je travaille parfois solo, parfois en clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute	Pédiatrie, Adultes
P22	Je travaille parfois solo, parfois en clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute	Adultes, Sportifs
P23	Je travaille parfois solo, parfois en clinique avec d'autres professionnels	Ostéopathe, Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute	Adultes, Sportifs, Douleurs chroniques, persistantes
P24	Clinique avec d'autres professionnels	Massothérapeute / kinésithérapeute / orthothérapeute, Acupuncteur	Adultes, Sportifs, Personnes âgées (plus de 65 ans), Douleurs chroniques, persistantes

Participant	Avez-vous déjà suivi de la formation ayant trait aux pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé?	Si vous travaillez en clinique avec d'autres professionnels, quelles sont les professions de vos collègues ?	Vous sentez-vous outillé pour collaborer avec d'autres professionnels de la santé?	En tant qu'ostéopathe, quel est votre intérêt à collaborer avec d'autres professionnels de la santé?
P1	Non	/	Non	Bon intérêt
P2	Non	/	Oui	Bon intérêt
P3	Oui	Dans le cadre du cursus scolaire dans une autre discipline	Oui	Bon intérêt
P4	Non	/	Non	Beaucoup d'intérêt
P5	Oui	Dans le cadre du cursus scolaire ostéopathique Dans le cadre du cursus scolaire dans une autre discipline	Oui	Beaucoup d'intérêt
P6	Non	/	Oui	Bon intérêt
P7	Non	/	Oui	Beaucoup d'intérêt
P8	Oui	Dans le cadre du cursus scolaire ostéopathique	Oui	Beaucoup d'intérêt

P9	Oui	En formation continue pour les ostéopathes En formation continue dans un autre contexte	Oui	Beaucoup d'intérêt
P10	Non	/	Oui	Bon intérêt
P11	Non	/	Non	Beaucoup d'intérêt
P12	Non	/	Oui	Beaucoup d'intérêt
P13	Oui	En formation continue pour les ostéopathes	Non	Bon intérêt
P14	Oui	En formation continue pour les ostéopathes Congrès	Oui	Beaucoup d'intérêt
P15	Oui	En formation continue pour les ostéopathes	Non	Beaucoup d'intérêt
P16	Non	/	Oui	Beaucoup d'intérêt
P17	Non	/	Oui	Beaucoup d'intérêt
P18	Oui	En formation continue pour les ostéopathes	Oui	Beaucoup d'intérêt
P19	Oui	Dans le cadre du cursus scolaire ostéopathique	Non	Beaucoup d'intérêt

		Dans le cadre du cursus scolaire dans une autre discipline		
P20	Oui	En formation continue pour les ostéopathes	Oui	Beaucoup d'intérêt
P21	Non	/	Oui	Bon intérêt
P22	Oui	En formation continue dans un autre contexte Dans le cadre du cursus scolaire dans une autre discipline	Oui	Beaucoup d'intérêt
P23	Oui	Dans le cadre du cursus scolaire ostéopathique	Oui	Beaucoup d'intérêt
P24	Oui	Dans le cadre du cursus scolaire dans une autre discipline	Non	Bon intérêt
Participant	Quelles difficultés rencontrez-vous personnellement lorsque vous tentez de collaborer avec d'autres professionnels de la santé?		De manière générale, selon vous, quels facteurs limitent la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de la santé?	
P1	/		/	
P2	/		La vision de l'ostéopathie de certains professionnels	

P3	/	L'incompréhension des autres corps professionnels
P4	Communication, droit et peur de dire quelque chose	La communication, vision différente
P5	La communication si nous ne sommes pas dans la même clinique, de trouver des thérapeutes de confiance, de créer un réseautage pour une expertise précise	Le manque de connaissance sur la profession, le fait que les ostéopathes sont souvent des travailleurs autonomes qui travaillent en solo (1 bureau seul)
P6	<p>Le manque d'outils objectifs pour quantifier des déficits (amplitude de mouvement) avec des chiffres plutôt que des approximatifs à l'œil</p> <p>Le manque d'aisance à rédiger des lettres de référence ment ou le manque de temps pour contacter d'autres professionnels pour discuter du cas référé</p>	<p>Le temps consacré pour contacter et discuter de cas, les outils objectifs pour quantifier</p>
P7	<p>Le manque de connaissance sur notre profession, le manque de reconnaissance parmi le corps médical et même parfois une opinion médicale qui nous catégorise comme une pratique ésotérique qui n'a pas sa place dans un processus de retrouver la santé.</p> <p>Cela est arrivé également qu'un médecin ne comprenne pas mon inquiétude face à des symptômes de clients que je retournais vers lui. Ou que des urgentologues se fâchent face au patient qui par mes recommandations sont allés aux urgences dû à des drapeaux rouges cliniques</p>	<p>Notre difficulté à exprimer ce que nous faisons et pourquoi.</p> <p>La clarté des liens que l'ont fait</p> <p>Le fait aussi que l'intuition (qui n'a pas de reconnaissance scientifique encore) garde une place importante dans notre pratique (et heureusement)!</p>
P8	L'ouverture de certaines professions à l'ostéopathie	Manque de communication entre les professionnels
P9	Difficulté de communication et manque de temps	Le temps et les méthodes de communication

P10	Le vocabulaire, car nous ne pouvons pas faire de diagnostics	Non reconnaissance de la profession d'ostéopathe
P11	Manque de connaissance sur les caractéristiques de chaque profession	Le manque de crédibilité de la profession d'ostéopathe peut parfois nous freiner à entrer en contact avec d'autres
P12	Différences d'idées de traitement/opinions	Notre profession qui est considéré parfois comme "charlatan", les médecins qui ne croient pas toujours en notre profession
P13	Terminologie	Manque de temps
P14	Manque de retour, pris au sérieux?	Manque de formation, peur d'être pris en défaut
P15	Peur d'utiliser des termes médicaux, peur d'une poursuite par l'ordre des Médecins, peur du jugement par les autres professionnels	La non-reconnaissance de notre profession, le flou descriptif de notre profession, la pratique non-fondé du travail liquidien et du mouvement respiratoire primaire de certains de mes collègues, le manque de ressource pour savoir comment collaborer avec les autres professionnels de la santé
P16	/	Non reconnaissance professionnelle comme un ordre
P17	/	Ordre des ostéopathes
P18	/	Le discours tenu
P19	La compréhension du langage ostéopathique par d'autres professionnels	La compréhension du langage ostéopathique par d'autres professionnels. Ex: FRS droite, ne veut absolument rien dire pour les chiros, les physios,

		médecins, etc. Et je doute qu'une dysfonction cinétiques d'un fascia viscéral soit également clair. Également, les préjugés qui me sont souvent rapportés par ma clientèle en fonction de leurs expériences vécues avec d'autres professionnels
P20	Localisation, absence d'ordre professionnel	Absence d'ordre professionnel
P21	Difficulté à communiquer directement avec eux si dans le contexte des services de la santé publique. Pour ceux au privé, cela dépend de la disponibilité puisque ce temps n'est pas payé.	Difficulté à communiquer directement avec eux si dans le contexte des services de la santé publique. Pour ceux au privé, cela dépend de la disponibilité puisque ce temps n'est pas payé. Le fait que plusieurs autres professions ne savent pas vraiment ce que l'on fait en tant qu'ostéopathe ou ont des idées parfois floues ou erronées. Le fait qu'au sein des ostéopathes mêmes, il y a toute sorte de techniques très différentes et de spécialisations mais l'on ne peut pas trop les afficher par peur d'être accusé ou incompris par une autre profession (CDM)
P22	Reconnaissance de l'ostéopathie, surtout par les physios	Manque de connaissances des autres ordres envers l'ostéopathie
P23	J'ai l'impression que la définition de l'ostéopathie n'est pas assez connue et que les références que nous avons ne sont pas toujours dans notre champs de compétences	Une définition claire de l'ostéopathie. Des preuves scientifiques sur les terrains où on peut aider les gens. Certains nous voit comme des magiciens, mais il n'y a aucune magie là-dedans. L'impact et le résultat doivent être plus étudiés et prouvés pour en affirmer l'efficacité

P24	Les moyens de communications ne sont pas toujours très simples, maintenant avec les courriels c'est un peu plus simple, mais pas toujours. Sinon l'ouverture à la collaboration interdisciplinaire est encore un enjeu, dépendant certaines professions	La méconnaissance de l'emploi, les gens ne savent souvent pas comment définir l'ostéopathie ce qui fait qu'ils n'ont pas forcément le réflexe de référer en ostéopathie
Participant	Quels facteurs facilitent personnellement votre collaboration avec d'autres professionnels de la santé?	De manière générale, selon vous, quels facteurs facilitent la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de la santé?
P1	/	/
P2	Communicationnel	Le fait de parler le même langage (anatomie). Donc bien connaître de quoi on parle
P3	La proximité	La communication et l'ouverture d'esprits
P4	Quand j'ai une belle entente et une confiance avec certain professionnel Quand je suis allée les voir et que j'ai reçu des soins	/
P5	Si le professionnel est dans la même clinique ou dans le même secteur Si le professionnel possède une expertise quelconque	Clinique multidisciplinaire
P6	Un réseau connu qui m'entoure que j'ai bâti au fil du temps en qui j'ai confiance de référer au besoin (chiro, acu, orthésiste...)	La connaissance des professionnels, de les avoir déjà rencontrés, l'expérience des référencements antérieurs et leurs résultats

	Le fait que les professionnels en question me connaissent et/ou ont déjà bénéficié de mes services	
P7	Par discussion avec d'autres collègues qui me connaissent Le fait que les autres professionnels de la clinique savent la façon dont chacun travaille et leur rôle spécifique dans le processus de soin	Notre ouverture d'esprit et notre humilité
P8	La communication (écrite ou orale) ainsi que le fait de travailler au même endroit que d'autres professions de la santé	Le travail dans la même structure
P9	L'environnement de travail et la proximité	La compréhension de la profession de l'autre et la nomenclature utilisée
P10	/	Le bien-être du patient
P11	Être en mesure de bien communiquer par écrit Avoir de bons contacts	Lorsque les professionnels sont ouverts à la collaboration, ils mentionnent généralement aimer le discours ostéopathique et trouver pertinente la manière dont le schéma thérapeutique est réfléchi en ostéopathie
P12	Communication facile, partage de dossiers facile	Le fait qu'on travaille différemment et le fait d'avoir une vision globale du corps, et travailler sur différents systèmes (viscéral, crânien, etc)
P13	Réseau, disponibilité	/
P14	Connaître les autres professionnels	Formation, information

P15	Recevoir une lettre d'un médecin qui réfère à l'ostéopathie. Être référé par un client lui-même médecin ou dans le domaine de la santé	La connaissance des champs d'expertises de chacun, les résultats positifs vu chez les patients ayant combinés plusieurs approches, le respect des approches de chacun
P16	De se connaître personnellement (travail dans un village)	Les bons échange précédents
P17	/	Suivi téléphonique
P18	Mon expérience passé comme infirmière La crédibilité du discours tenu	Notre réputation grandissante
P19	Les avoir côtoyés et avoir échangés avec eux lors de différents séminaires de formation complètement hors cursus scolaire	L'interaction, les échanges autour des points communs
P20	Proximité de mes endroits de travail	Rencontre dans un colloque, événement ou formation continue
P21	Être en proximité physique (au sein d'une même clinique) Avoir déjà établi un lien de communication (professionnel à qui on réfère de façon régulière)	La sensibilisation et l'éducation aux autres professionnels de la santé sur l'ostéopathie et ses bienfaits pour des pathologies précises semble être la chose qui ouvre le plus de portes. Ex: plusieurs médecins de famille veulent référer vers moi depuis que j'ai expliqué les bienfaits de la thérapie manuelle pour la dysménorrhée
P22	Compétence professionnelle	Compétences et notoriété, valeurs positives, empathie, écoute, entraide

P23	<p>Étant donné que l'ostéopathie utilise une approche passive, j'aime lorsque l'on introduit aussi une approche active comme la physiothérapie ou la kinésiologie</p> <p>Également le client doit être pris en charge au niveau médical pour s'assurer que le "terrain" soit propice à recevoir un soin ostéopathique. Toujours dans l'objectif de ne pas nuire s'il y a une condition sous-jacente</p>	<p>Tous ceux qui ont eu des résultats favorable à leur conditions. Explicable ou non venterons nos mérites et nous référeront fortement</p>
P24	<p>Le fait d'avoir eu à collaborer pendant de précédentes études (TRP) où on avait des stage dans des CHSLD, ça nous obligeait à travailler avec d'autres professionnels. L'ouverture des clients et des professionnels à travailler aide également</p>	<p>Un thérapeute qui a déjà eu recours à des soins en ostéopathie, est souvent plus propice à référer</p>

Participant	Avez-vous une relation professionnelle avec au moins un autre professionnel de la santé ?	Quelle est la profession avec laquelle vous collaborez le plus souvent ?	À quelle fréquence communiquez-vous avec d'autres professionnels de la santé (non-ostéopathes) concernant votre clientèle ?	À quelle fréquence des professionnels non-ostéopathes font appel à vous pour votre expertise ?
P1	Oui	/	/	/
P2	Oui	Massothérapie / orthothérapie / kinésithérapie	Rarement	/
P3	Oui	Chiropratique	Régulièrement	Parfois
P4	Oui	Physiothérapie	Régulièrement	Rarement

P5	Oui	Physiothérapie	Parfois	Parfois
P6	Oui	Massothérapie / orthothérapie / kinésithérapie	Parfois	Parfois
P7	Oui	Physiothérapie	Régulièrement	Régulièrement
P8	Oui	Massothérapie / orthothérapie / kinésithérapie	Régulièrement	Parfois
P9	Oui	Physiothérapie	Régulièrement	Parfois
P10	Oui	Chiropratique	Parfois	Parfois
P11	Oui	Physiothérapie	Parfois	Parfois
P12	Oui	Physiothérapie	Régulièrement	Parfois
P13	Oui	Physiothérapie	Parfois	Rarement
P14	Oui	Physiothérapie	Parfois	Rarement
P15	Oui	Physiothérapie	Rarement	Jamais
P16	Oui	Massothérapie / orthothérapie / kinésithérapie	Rarement	Rarement
P17	Oui	Physiothérapie	Régulièrement	Rarement

P18	Oui	Conseillère en lactation, podiatre	Régulièrement	Rarement
P19	Oui	Chiropratique	Régulièrement	Systématiquement
P20	Oui	Naturopathe	Parfois	Systématiquement
P21	Oui	Médecine	Rarement	Rarement
P22	Oui	Médecine	Régulièrement	Systématiquement
P23	Oui	Kinésiologie	Régulièrement	Jamais
P24	Oui	Acupuncture	Parfois	Rarement

Participant	Quel est votre moyen de communication préféré pour contacter d'autres professionnels de la santé?	À quelle fréquence recevez-vous un retour (écrit, verbal ou autre) du professionnel contacté?	Dans un mois typique, combien de fois référez-vous à un autre professionnel un de vos clients?	Dans les 6 derniers mois, combien de fois avec-vous référé à un autre professionnel un de vos clients?
P1	/	Jamais	0 fois	2 à 3 fois
P2	Lettre papier ou électronique	Rarement	2 à 3 fois	4 à 5 fois
P3	En personne	Régulièrement	2 à 3 fois	Plus de 5 fois

P4	Verbal, par l'intermédiaire du client	Rarement	Plus de 5 fois	Plus de 5 fois
P5	Téléphone	Parfois	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P6	Lettre papier ou électronique	Parfois	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P7	En personne	Régulièrement	4 à 5 fois	Plus de 5 fois
P8	En personne	Parfois	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P9	Lettre papier ou électronique	Parfois	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P10	Lettre papier ou électronique	Parfois	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P11	Lettre papier ou électronique	Parfois	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P12	En personne	Parfois	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P13	Verbal, par l'intermédiaire du client	Rarement	1 fois	4 à 5 fois
P14	Lettre papier ou électronique	Rarement	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P15	Courriel	Jamais	Plus de 5 fois	Plus de 5 fois

P16	Verbal, par l'intermédiaire du client	Rarement	1 fois	Plus de 5 fois
P17	En personne	Rarement	Plus de 5 fois	Plus de 5 fois
P18	Lettre papier ou électronique	Rarement	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P19	Réseaux sociaux	Systématiquement	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P20	Téléphone	Systématiquement	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P21	Verbal, par l'intermédiaire du client	Rarement	Plus de 5 fois	Plus de 5 fois
P22	Courriel	Systématiquement	2 à 3 fois	Plus de 5 fois
P23	Courriel	Jamais	4 à 5 fois	Plus de 5 fois
P24	Lettre papier ou électronique	Rarement	2 à 3 fois	Plus de 5 fois

Participant	Dans un mois typique, combien de fois travaillez-vous directement avec un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) en interdisciplinarité?	Dans les 6 derniers mois, combien de fois avez-vous directement travaillé avec un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) en interdisciplinarité?	À quelle fréquence référez-vous des clients en physiothérapie?	À quelle fréquence référez-vous des clients en ergothérapie?

P1	0 fois	0 fois	/	Jamais
P2	1 fois	4 à 5 fois	Rarement	Jamais
P3	1 fois	1 fois	Parfois	Rarement
P4	Plus de 5 fois	Plus de 5 fois	Régulièrement	Rarement
P5	1 fois	2 à 3 fois	Parfois	Jamais
P6	2 à 3 fois	Plus de 5 fois	Rarement	Jamais
P7	2 à 3 fois	2 à 3 fois	Régulièrement	Rarement
P8	1 fois	Plus de 5 fois	Parfois	Rarement
P9	2 à 3 fois	2 à 3 fois	Régulièrement	Rarement
P10	Plus de 5 fois	Plus de 5 fois	Rarement	Jamais
P11	1 fois	2 à 3 fois	Parfois	Rarement
P12	2 à 3 fois	Plus de 5 fois	Régulièrement	Jamais
P13	0 fois	0 fois	Régulièrement	Rarement
P14	2 à 3 fois	Plus de 5 fois	Régulièrement	Jamais
P15	1 fois	1 fois	Régulièrement	Rarement
P16	0 fois	2 à 3 fois	Parfois	Rarement

P17	Plus de 5 fois	Plus de 5 fois	Régulièrement	Rarement
P18	2 à 3 fois	Plus de 5 fois	Rarement	Rarement
P19	1 fois	2 à 3 fois	Rarement	Jamais
P20	0 fois	0 fois	Jamais	Jamais
P21	4 à 5 fois	2 à 3 fois	Régulièrement	Rarement
P22	2 à 3 fois	Plus de 5 fois	Parfois	Rarement
P23	1 fois	1 fois	Régulièrement	Jamais
P24	0 fois	1 fois	Parfois	Jamais

Participant	À quelle fréquence référez-vous des clients en chiropratique?	À quelle fréquence référez-vous vos clients à un médecin?	Y a-t-il d'autres professionnels à qui vous référez vos clients? Si oui, nommez-les. À quelle fréquence référez-vous à ces professionnels?	À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un.e physiothérapeute pour prendre en charge vos clients?
P1	Parfois	Régulièrement	/	/
P2	Parfois	Parfois	Nutritionniste Naturopathe	Rarement
P3	Régulièrement	Parfois	Acupuncteur, régulièrement	Rarement

P4	Régulièrement	Régulièrement	Acupuncture	Régulièrement
P5	Jamais	Parfois	Massothérapie, 1-2x/mois	Rarement
P6	Rarement	Parfois	Orthésiste: parfois	Rarement
P7	Parfois	Régulièrement	Podiatre (souvent) Travailleuse sociale (rarement)	Régulièrement
P8	Rarement	Parfois	Massothérapie (2-3x/mois)	Parfois
P9	Jamais	Régulièrement	Acupuncteur et massothérapeute	Régulièrement
P10	Régulièrement	Régulièrement	Acupuncture	Rarement
P11	Rarement	Parfois	/	Rarement
P12	Jamais	Régulièrement	Massothérapie, entraînement	Parfois
P13	Rarement	Régulièrement	/	Rarement
P14	Rarement	Régulièrement	Massothérapie (régulièrement) Acupuncture (parfois)	Parfois
P15	Jamais	Régulièrement	/	Jamais

P16	Rarement	Régulièrement	Kinésiologue (1x au 2 mois) massothérapie (1x au 6 mois)	Jamais
P17	Régulièrement	Régulièrement	Massothérapie Acupuncture Kinésiologue	Régulièrement
P18	Parfois	Régulièrement	Conseillère en lactation, régulièrement	Rarement
P19	Parfois	Régulièrement	Acupuncteur, 1 fois par 2-3 mois	/
P20	Rarement	Parfois	Naturopathe 3-4 fois par mois	Jamais
P21	Jamais	Régulièrement	Kinésiologue, psychologue, hypnothérapeute, acupuncteur, consultante en lactation, entraîneur	/
P22	Rarement	Régulièrement	Acupuncture, plusieurs fois /mois	Parfois
P23	Jamais	Régulièrement	Kinésiologie	Jamais
P24	Parfois	Régulièrement	Acupuncture - parfois Kinésiologue - régulièrement	/

Participant	À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un.e ergothérapeute pour prendre en charge vos clients?	À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un.e chiropraticien.ne pour prendre en charge vos clients?	À quelle fréquence travaillez-vous conjointement avec un médecin pour prendre en charge vos clients? Si oui, nommez-les.	Y a-t-il d'autres professionnels avec qui vous travaillez conjointement pour prendre en charge vos clients? Si oui, nommez-les. À quelle fréquence travaillez-vous avec chacun?
P1	Jamais	Parfois	Rarement	/
P2	Rarement	Parfois	Rarement	/
P3	Jamais	Régulièrement	Rarement	/
P4	Rarement	Régulièrement	Jamais	IBCLC
P5	Jamais	Jamais	Parfois	/
P6	Jamais	Parfois	Parfois	Massothérapie, parfois
P7	Jamais	Jamais	Rarement	Psychologue (fréquemment) pour les anciens combattants
P8	Jamais	Jamais	Régulièrement	Massothérapie (régulièrement)
P9	Jamais	Jamais	Régulièrement	Acupuncteur au moins 5x par mois

P10	Jamais	Régulièrement	Jamais	Acuponcture, kinésiologue, référence tous les mois
P11	Jamais	Jamais	Rarement	/
P12	Jamais	Jamais	Rarement	Massothérapie, souvent
P13	Jamais	Rarement	/	/
P14	Jamais	Rarement	Rarement	Acupuncture (parfois), Massothérapie (parfois)
P15	Jamais	Jamais	Jamais	/
P16	Jamais	Jamais	Jamais	Kinésiologue Ostéopathe
P17	Rarement	Régulièrement	Régulièrement	Massothérapie Kinésiologue Acupuncteur Régulièrement
P18	Rarement	Rarement	Parfois	Conseillère en lactation, fréquemment
P19	/	/	/	/
P20	Jamais	Jamais	Jamais	/
P21	/	/	/	/

P22	Jamais	Jamais	Régulièrement	Acupuncture, régulièrement
P23	Jamais	Jamais	Jamais	/
P24	/	/	/	/

Participant		Lors de vos consultations en clinique, de manière générale, avez-vous plutôt tendance à...
P1		Élaborer un plan de traitement seulement en ostéopathie (approche unimodale).
P2		Élaborer un plan d'intervention avec d'autres professionnels et travailler conjointement sur les objectifs du client (approche interdisciplinaire).
P3		Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P4		Élaborer un plan de traitement seulement en ostéopathie (approche unimodale).
P5		Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P6		Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P7		Élaborer un plan d'intervention avec d'autres professionnels et travailler conjointement sur les objectifs du client (approche interdisciplinaire).
P8		Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P9		Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P10		Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).

P11	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P12	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P13	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P14	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P15	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P16	Élaborer un plan de traitement seulement en ostéopathie (approche unimodale).
P17	Élaborer un plan d'intervention avec d'autres professionnels et travailler conjointement sur les objectifs du client (approche interdisciplinaire).
P18	Élaborer un plan d'intervention avec d'autres professionnels et travailler conjointement sur les objectifs du client (approche interdisciplinaire).
P19	Élaborer un plan de traitement seulement en ostéopathie (approche unimodale).
P20	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P21	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P22	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P23	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).
P24	Traiter en ostéopathie tout en référant à d'autres professionnels (approche multidisciplinaire).