



**La prise de décision partagée par les ostéopathes québécois :
Une étude exploratoire mobilisant des approches qualitatives et un outil quantitatif
(OPTION-5)**

Par
Jessica Pelland
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
Juillet 2025

Membres du jury d'évaluation

Diego Legrand B.Pharm., M.Sc., Ph.D. (c), HC, PMP, Directeur Scientifique
Anaïs Beaupré D.O., M.Sc., Directrice Pédagogique
Jérémie Croc D.O., B.Sc., Directeur Clinique

Benoît Hogedez, PHT.M.Phil., PhD
© Jessica Pelland, 2025

SOMMAIRE

La prise de décision partagée par les ostéopathes québécois : une étude exploratoire mobilisant des approches qualitatives et un outil quantitatif (OPTION-5)

Par

Jessica Pelland

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

Introduction :

Bien que l'ostéopathie se réclame être une approche holistique et centrée sur la personne, son raisonnement clinique demeure souvent influencé par le modèle biomédical. La prise de décision partagée (PDP) constitue un levier important des soins centrés sur la personne, mais son utilisation en ostéopathie reste peu documentée. Ce mémoire explore comment la PDP se manifeste dans les consultations ostéopathiques au Québec et discute de sa pertinence pour l'évolution de la pratique.

Méthodologie :

Nous avons mené une étude exploratoire combinant trois outils de collecte : le questionnaire OPTION-5 rempli par une tierce partie, une observation directe codée avec une grille personne-centrée et des entrevues semi-dirigées auprès de trois ostéopathes et de leurs patientes. L'analyse, à la fois quantitative et qualitative, visait à mieux cerner le phénomène de la PDP.

Résultats :

Les scores OPTION-5 indiquent une présence faible de PDP explicite. Toutefois, l'analyse qualitative révèle de nombreuses manifestations implicites et inductives de partage décisionnel, notamment à travers l'alliance thérapeutique, le toucher et la co-construction du sens. Les comportements liés à l'autogestion et à l'enseignement actif sont moins fréquents. Les entrevues montrent enfin que les ostéopathes valorisent la collaboration, mais l'incarnent de manière variable.

Conclusion :

La PDP se manifeste surtout sous des formes implicites ou inductives, difficilement captées par les outils centrés sur les options de traitement. Ces résultats invitent à adapter les pratiques et les formations, notamment en intégrant la co-construction d'objectifs thérapeutiques et une clarification des rôles afin d'arrimer davantage la culture ostéopathique aux exigences des soins centrés sur la personne.

Mots clés : Ostéopathie, prise de décision partagée, soins centrés sur la personne, OPTION-5, multi-méthodes, comportements implicites, relation thérapeutique, co-construction

SUMMARY

Shared decision-making among Quebec osteopaths: an exploratory study using qualitative approaches and a quantitative tool (OPTION-5)

By

Jessica Pelland

Professional Program of Osteopathy

A thesis presented to ENOSI Centre d'Ostéopathie de Montréal
in partial fulfillment of the requirements for the degree of DO

Introduction:

Although osteopathy presents itself as a holistic and person-centred approach, its clinical reasoning often remains influenced by the biomedical model. Shared decision-making (SDM) is a key mechanism in person-centred care, yet its use in osteopathy is still poorly documented. This thesis explores how SDM manifests within osteopathic consultations in Québec and discusses its relevance for the evolution of clinical practice.

Methods:

We conducted an exploratory study combining three data-collection tools: the OPTION-5 questionnaire completed by a third party, direct observation coded with a person-centred grid, and semi-structured interviews with three osteopaths and their patients. The analysis, both quantitative and qualitative, aimed to better understand how SDM operates in this context.

Results:

OPTION-5 scores indicate a low presence of explicit SDM. However, the qualitative analysis reveals numerous implicit and inductive manifestations of shared decision-making, notably through the therapeutic alliance, touch, and the co-construction of meaning. Behaviours related to self-management and active teaching were less common. Interviews also show that osteopaths value collaboration, although they embody it in varied ways.

Conclusion:

SDM appears mainly through implicit or inductive forms that are difficult to capture with tools focused on treatment options. These findings suggest the need to adapt clinical practices and training, particularly by integrating the co-construction of therapeutic goals and clarifying roles, in order to better align osteopathic practice with the principles of person-centred care.

Keywords: Osteopathy, shared decision-making, person-centered care, OPTION-5, multi-methods, implicit behaviors, therapeutic relationship, co-construction

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES FIGURES.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	10
LEXIQUE.....	10
REMERCIEMENTS.....	12
1. INTRODUCTION.....	13
2. RECENSION DES ÉCRITS.....	16
2.1. Méthodologie de recherche documentaire.....	16
2.2. Cadre de référence : L'approche personne-centré.....	18
2.2.1. De l'approche thérapeute-centré à l'approche personne-centrée.....	18
2.2.2. Les cinq dimensions du modèle personne-centrée.....	20
2.2.3. L'approche personne-centrée en thérapie manuelle.....	21
2.3. Thème central : la prise de décision partagée (PDP).....	29
2.3.1. PDP et médecine conventionnelle.....	29
2.3.1.1. Caractéristiques fondamentales de la PDP.....	30
2.3.1.2. Mesure de l'effort du clinicien à promouvoir l'implication du patient (l'outil OPTION).....	33
2.3.1.3. Hétérogénéité des définitions et défis méthodologiques des composantes associées au concept de PDP.....	34
2.3.1.4. Distinctions entre les formes implicites et explicites de la PDP.....	35
2.3.1.5. Reconnaissance institutionnelle de la PDP.....	36
2.3.2. PDP et thérapie manuelle.....	37
2.3.2.1. Cadre légal de la PDP en thérapie manuelle.....	37
2.3.2.2. Avantages de la PDP en thérapie manuelle.....	38
2.3.2.3. Limites de la PDP en thérapie manuelle.....	40
2.3.2.3.1. Quand la PDP ne s'applique pas.....	42
2.3.3. Désir des patients pour la PDP.....	43
2.3.3.1. Priorités des patients lors d'une consultation en santé.....	43
2.3.3.2. Écart entre le désir d'implication des patients et la perception des thérapeutes.....	44
2.3.3.3. Attentes des patients consultant en ostéopathie.....	45
2.3.3.4. Consentement éclairé en ostéopathie : contenu, moment et mode de	

présentation des informations liées aux soins.....	47
2.3.3.5. Plaintes et réclamations en ostéopathie.....	48
2.3.4. PDP et ostéopathie.....	49
3. OBJECTIF ET QUESTION DE RECHERCHE.....	52
3.1. Question de recherche.....	52
3.2. Objectif de recherche.....	52
4. MÉTHODOLOGIE.....	53
4.1. Devis de recherche.....	53
4.2. Population à l'étude et taille de l'échantillon.....	53
4.3. Critères d'admissibilité.....	54
4.4. Recrutement et participants.....	55
4.4.1. Profils des participants.....	57
4.4.2. Profil des patientes.....	58
4.5 Outils de collecte de données.....	59
4.5.1. Questionnaire quantitatif OPTION-5.....	59
4.5.1.1. Méthode d'analyse.....	61
4.5.2. Observation & grille d'observation qualitative.....	63
4.5.2.1. Méthode d'analyse.....	64
4.5.2.2. Définition opérationnelle de la PDP.....	66
4.5.2.3. Définition opérationnelle des formes explicites et implicites de PDP... ..	67
4.5.3. Entrevues semi-dirigées.....	69
4.5.3.1. Méthode d'analyse.....	71
4.5.4. Triangulation méthodologique.....	73
5. RÉSULTATS.....	75
5.1. Résultats du questionnaire OPTION (outil quantitatif).....	75
5.2. Résultat de la grille d'observation (outil qualitatif).....	77
5.2.1. Type de PDP.....	78
5.2.1.1. PDP de type Explicite.....	79
5.2.1.2. PDP de type implicite.....	82
5.2.1.3. PDP de type inductif.....	85
5.2.1. Volets et sous-catégories de comportements patient-centrés.....	86
5.3. Résultats des entrevues semi-dirigées (outil qualitatif).....	88
5.3.1. La prise de décision partagée comme processus d'adaptation implicite et continue.....	88
5.3.2. La PDP: valorisée mais interprété différemment.....	89
5.3.3. La place du pouvoir décisionnel de l'ostéopathe au sein du partenariat.....	91
6. DISCUSSION.....	95
6. 1. Implicite et explicite dans la PDP : une complémentarité à explorer.....	95

6.1.1. Fixation d'objectifs thérapeutiques comme substitut aux options de traitement en thérapie manuelle.....	97
6.2. Formes implicites de PDP et données probantes.....	98
6.3. Mieux mesurer la PDP ; tant implicite qu'explicite.....	100
6.3.1. Évaluer la PDP dans son contexte relationnel et dans le temps.....	100
6.4 Les comportements inductifs.....	101
6.4.1. Responsabilité thérapeutique.....	102
6.5. Forces de l'étude.....	103
6.6. Limites de l'étude.....	104
6.7. Recommandations pour la recherche future.....	106
6.7.1. Projets de recherche accessibles aux étudiants en ostéopathie.....	107
6.7.2. Projets de recherche avancés.....	108
7. CONCLUSION.....	109
8. RÉFÉRENCES.....	111
9. ANNEXES.....	123
Annexe 1 : Exemple d'utilisation coté « satisfaisante » du questionnaire OPTION-5.....	123
Annexe 2 : Annonce de recherche de participants.....	125
Annexe 3 : Questions d'entrevue semi-dirigée.....	126
Annexe 4 : Grille d'observation qualitative permettant de reconnaître la variété des comportements de PDP.....	127
Annexe 5 : Extrait du tableau de triangulation des données.....	128

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques de la PDP.....	31
Tableau 2. Résultats du type d'implication désirée par les patients.....	45
Tableau 3. Profils des ostéopathes participant à l'étude.....	57
Tableau 4. Questionnaire OPTION-5.....	60
Tableau 5. Exemples d'efforts explicites selon OPTION-5.....	62
Tableau 6. Degré de compétence atteint par item sur l'outil OPTION-5	75
Tableau 7. Scores par ostéopathes par item sur l'outil OPTION-5.....	76
Tableau 8. Résultats des types de PDP observées.....	77

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Résumé des lignes directrices pour l'application de l'approche personne-centrée.....	23
Figure 2. Exemples cliniques de « Connexions significatives »	26
Figure 3. Exemples cliniques de « Individualiser pour engager »	29
Figure 4. Fréquence des sous-catégories issues de la grille d'analyse	87

MENTION RELATIVE À L'UTILISATION D'OUTILS D'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE GÉNÉRATIVE

Dans le cadre de ce travail de fin d'études, certaines tâches ont été accompagnées par l'outil ChatGPT-4 (OpenAI, versions de janvier à août 2025). L'assistance a notamment concerné la traduction, la reformulation de sections pour améliorer la fluidité, la correction de texte la cohérence et la lisibilité du texte, le soutien à l'organisation et à la mise en forme de certaines idées en lien avec la problématique, ainsi que des échanges réflexifs visant à nourrir la cohérence épistémologique et méthodologique de l'étude.

Ces usages se sont inscrits dans un rôle de soutien critique, sans délégation des raisonnements, ni automatisation des choix interprétatifs. Ils respectent les lignes directrices de l'APA (2024) et le guide d'utilisation éthique et responsable d'outil d'intelligence artificielle produit par ENOSI centre d'ostéopathie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

PDP Prise de décision partagée

BPS Biopsychosocial

LEXIQUE

Personne-centrée : Les termes « patient-centré » et « personne-centrée » sont tous les deux employés dans la littérature. Certains auteurs soulignent que la vulnérabilité et la dépendance sont des caractéristiques inhérentes dans la définition du terme « patient » et préfèrent donc utiliser le terme « personne » ou « personne qui consulte » (Håkansson Eklund et al., 2019). D'autres ne font pas cette nuance. Pour la suite de cet ouvrage, nous utiliserons le terme « personne-centrée ». Les termes « patient » et « personne qui consulte » sont utilisés en alternant selon le contexte pour favoriser la fluidité de la lecture.

Modèle biomédical : une structure théorique dominante en médecine depuis le XIXe siècle. Il considère la maladie comme une entité biologique localisable et mesurable, indépendante du contexte psychosocial. Il s'agit d'un modèle explicatif de la maladie mais peut englober aussi les valeurs, normes, postures professionnelles et structures de pouvoir qui accompagnent le modèle biomédical.

Vision paternaliste : une posture relationnelle dans laquelle le thérapeute prend les décisions à la place du patient, en supposant que c'est pour son bien. Elle est cohérente avec le paradigme biomédical, mais pas exclusive à lui.

Raisonnement thérapeute-centré : une manière de raisonner où le thérapeute interprète les signes corporels (lésions, asymétries, tensions) sans chercher à impliquer le patient dans une co-construction de sens. C'est une manifestation possible de la vision paternaliste, et elle s'inscrit typiquement dans un paradigme biomédical.

OPTION (Observing Patient Involvement in Decision Making) : Un questionnaire rempli par une tierce partie, évaluant le degré d'effort mis par le thérapeute pour impliquer le patient dans la prise de décision. La version initiale **OPTION-12** comprend 12 items détaillant les comportements de PDP, tandis que la version abrégée **OPTION-5** regroupe ces dimensions en cinq items centraux afin d'en faciliter l'application et d'en renforcer la fiabilité inter évaluateurs.

REMERCIEMENTS

Aux ostéopathes qui ont participé à cette étude, je vous remercie sincèrement pour le temps que vous avez consacré à ce projet et pour la qualité de votre collaboration. Sans votre engagement, cette recherche n'aurait pas été possible.

À Benoit, mon superviseur, pour ta guidance et tes métaphores,

À Enosi et les humains derrières, vraiment reconnaissante de l'éducation reçue et les rencontres faites,

À Jane Beazley pour la rencontre vidéo et la création de l'article qui a inspiré cette étude,

À tous les auteurs et autrices qui m'ont profondément inspirée — en particulier Thomson, McParlin, Esteves, Espírito Santo, Bright (!!), Leach et Voyer, Hutting, Miciak, et Charles et leurs collègues,

À Zotero, so helpful !

À mes parents, pour leur soutien durant ces longues études et leur amour,

À mes coloc, pour l'encouragement, les repas cuisinés et les great homie vibes,

À ma sœur, pour les visuels et for being my biggest fan,

À Joanne, pour avoir plongé avec moi dans l'univers complexe de ce sujet et avoir si bien saisi les nécessités de la recherche qualitative,

À Chloé pour tous les moments complices durant ces 8 années d'études et pour ton aide sur le mémoire de pleins de façons,

Et à mon ordi, qui a tenu bon tout au long de ce périple, malgré le ventilateur hors service, la mémoire saturée et l'écran qui clignotait.

1. INTRODUCTION

L'ostéopathie est une profession de thérapie manuelle traditionnellement reconnue pour sa vision holistique de l'être humain (Esteves et al., 2020). Elle s'appuie sur un ensemble de principes fondateurs selon lesquels « *l'individu est le produit d'une interaction dynamique entre le corps, l'esprit et l'âme* » (Rogers et al., 2002). Dans cette perspective, chaque personne dispose d'une capacité inhérente à maintenir sa santé et à se rétablir en cas de déséquilibre ou de maladie. Cette capacité peut toutefois être fragilisée par divers facteurs, internes ou externes, susceptibles de contribuer à l'apparition de troubles.

C'est en partie sur la base de ces principes que l'ostéopathie est reconnue comme l'une des premières disciplines de santé à avoir mis l'accent sur l'importance d'une approche centrée sur la personne (Esteves et al., 2020).

Les **soins centrés sur la personne** (ou *personne-centrée*¹) sont définis comme une approche du soin qui met l'accent sur la personne dans sa globalité — en tant qu'être unique, porteur de valeurs, de préférences, d'une histoire de vie, et intégré dans un contexte relationnel et social (Håkansson Eklund et al., 2019). Depuis les 50 dernières années, le principe de soin centré sur la personne a été progressivement intégré à l'ensemble du champ médical, parfois sous le nom de modèle BioPsychoSocial (BPS), parfois sous le nom de l'approche personne-centrée.

Bien que l'ostéopathie jouisse d'une réputation de profession holistique et centrée sur la personne, plusieurs des raisonnements cliniques ostéopathiques couramment observés s'inscrivent encore dans une logique de soin essentiellement biomédicale (Steel et al.,

¹ Voir lexique

2020). Dans le paradigme biomédical, le rôle principal du thérapeute consiste à identifier et corriger des dysfonctions somatiques, souvent définies en termes biomécaniques (*Billing & Coding: ICD-10 Codes for OMT - Osteopathic Physicians & Surgeons of California*, s. d.; Esteves et al., 2020). Le modèle biomédical est souvent perçu comme opposé à l'approche centrée sur la personne, puisqu'il conçoit la personne qui consulte principalement à travers les signes et symptômes cliniques de sa problématique de santé. Dans ce modèle thérapeutique, le rôle du professionnel de santé est de repérer la maladie (ou la dysfonction) et de la traiter, en se concentrant surtout sur les aspects biologiques et mécaniques du problème et en laissant de côté les aspects psycho-sociologiques.

Pour adresser cet écart entre les principes ostéopathiques qui reposent sur des assises centrés sur la personne et leurs raisonnements cliniques qui eux sont influencés par le modèle biomédical, certains ostéopathes appellent à une modernisation du raisonnement clinique ostéopathique (Alvarez et al., 2021; Fryer, 2017; Smith, 2019; Thomson et al., 2013).

Plusieurs domaines de la santé, dans leur volonté de s'éloigner du modèle biomédical et de proposer des soins davantage centrés sur la personne, s'appuient sur l'intégration de pratiques de **prise de décision partagée** au sein de leurs consultations. La prise de décision partagée, ou **PDP**, est un mécanisme opérationnel qui permet la co-construction des réflexions cliniques avec le patient (Charles et al., 1997). Couët et al. (2015) parlent de la PDP comme "*la clé de voûte des soins centrés sur la personne*" et la définissent comme "*un processus par lequel le patient et le*

professionnel de santé prennent ensemble des décisions relatives à la santé, en s'appuyant sur les meilleures données probantes disponibles” .

En médecine conventionnelle, la littérature sur la PDP est abondante (Joosten et al., 2008; Tousignant-Laflamme et al., 2017) et son application clinique s'est peu à peu imposée comme standard de la qualité des soins. Déjà en 2007, l'État de Washington proposait des incitatifs législatifs pour encourager l'usage de la PDP dans les institutions de santé. Suivant cette mesure, les *Centers for Medicare & Medicaid Services* aux USA ont conditionné le remboursement de certains examens et interventions – comme les dépistages du cancer du poumon ou certaines procédures cardiaques– à la mise en œuvre d'un processus de PDP avec les patients (Spatz et al., 2017), inscrivant ainsi ces pratiques dans une logique systémique de soin centrée sur la personne.

L'approche personne-centrée et la PDP sont recommandées parmi les meilleures pratiques dans la prise en charge de la douleur musculosquelettique (Hutting et al., 2022; Lin et al., 2020). En physiothérapie, la PDP est vu comme un outil pouvant favoriser l'adhésion aux exercices de rééducation, limiter la kinésiophobie associée aux lombalgies et réduire le risque de récurrence des blessures (Dierckx et al., 2013). Pourtant, il existe peu de littérature actuellement sur l'utilisation de la PDP en thérapie manuelle (Dierckx et al., 2013; Jones et al., 2014; Tousignant-Laflamme et al., 2017) et moins encore sur la PDP en ostéopathie (Rajendran et al., 2019). Ce travail de fin d'études a pour objectif de mieux comprendre le concept de la PDP et d'en explorer la pertinence dans le contexte de l'ostéopathie. Il s'appuie d'abord sur une recension des écrits portant sur la PDP, puis présente une étude

observationnelle exploratoire menée auprès d'ostéopathes du Québec dans le but d'examiner dans quelle mesure ce processus est actuellement intégré aux consultations ostéopathiques.

2. RECENSION DES ÉCRITS

2.1. Méthodologie de recherche documentaire

Cette section présente la stratégie adoptée pour construire la revue de littérature, en détaillant les sources mobilisées, les critères de sélection temporels et terminologiques, ainsi que les grandes lignes de son organisation thématique.

La majorité des articles cités dans ce travail ont été repérés via des références d'autres articles, trouvés initialement à partir de l'article de Rajendran et de ses collègues, intitulé « *Shared decision making by United Kingdom osteopathic students; an observational study using OPTION12 instrument* » (Rajendran et al., 2019), jusqu'à constituer un corpus à la fois diversifié et cohérent avec les objectifs de ce travail. Un petit nombre d'articles (5) ont été trouvés suivant des recherches sur les bases de données CINAHL Plus et MEDLINE avec les mots clés « *shared decision making* », « *SDM* », « *patient involvement* » AND « *manual therapy* » et « *osteopathy* ».

Nous avons concentré notre recension sur les publications parues entre 2000 et 2025 afin de refléter les avancées récentes dans le domaine, tout en intégrant quelques travaux antérieurs

jugés fondamentaux pour leur valeur conceptuelle. L'ensemble des références a été classé et organisé à l'aide de Zotero, un logiciel spécialisé dans la gestion bibliographique.

La recension s'articule en deux temps. Elle débute par la présentation du cadre de référence duquel émerge la PDP : l'approche centrée sur la personne. Elle se poursuit en déclinant le thème central de la PDP en quatre sous-sections.

La première sous-section traite de la PDP en médecine conventionnelle. Elle permet d'introduire les fondements philosophiques et les composantes générales de la PDP. Elle aide aussi à comprendre l'ampleur du phénomène de la PDP et la volonté des institutions de santé, tant au Québec qu'à l'international, à la mettre en application.

La deuxième sous-section se focalise sur la PDP en thérapie manuelle. Elle permet un rappel du cadre légal de certaines professions de thérapie manuelle qui encourage le développement de la PDP. Cette section souligne également les avantages et les défis propre à la thérapie manuelle quant à la mise en œuvre de la PDP.

La troisième sous-section opère un crochet conceptuel pour explorer la question du désir des patients de participer à la PDP, tant dans les soins de santé conventionnels que dans les approches de thérapie manuelle et en ostéopathie.

Enfin, la quatrième sous-section aborde plus spécifiquement la relation entre la PDP et l'ostéopathie.

Par « médecine conventionnelle », nous entendons la médecine fondée sur les données probantes, pratiquée principalement par les médecins généralistes et spécialistes qui n'utilisent pas la thérapie manuelle comme modalité de traitement.

Bien que les docteurs en ostéopathie (D.O.) aux États-Unis fassent partie du corps médical reconnu et pratiquent dans le champ de la médecine conventionnelle, les articles recensés dans ce travail n'ont pas permis d'isoler ou de distinguer des comportements propres à cette catégorie de praticiens. Ainsi, les articles de cette section traitent la PDP dans un cadre médical général, sans différenciation explicite entre les D.O. et les autres médecins.

Le terme « thérapie manuelle », quant à lui, fait référence aux pratiques des physiothérapeutes et des physiatres — ces derniers étant des médecins spécialistes en réadaptation prenant en charge, sans recours à la chirurgie, divers troubles musculo-squelettiques et neurologiques (douleurs chroniques, séquelles d'AVC, amputations, etc.). Les références consultées n'ont pas permis d'identifier d'articles issus des champs de la chiropraxie ou de la massothérapie, deux disciplines pourtant pertinentes dans le champ de la thérapie manuelle. Enfin, les textes analysés proviennent exclusivement de pays occidentaux : Allemagne, Australie, Belgique, Canada, États-Unis, Italie, Irlande, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas et Royaume-Uni.

2.2. Cadre de référence : L'approche personne-centré

2.2.1. De l'approche thérapeute-centré à l'approche personne-centrée

Notre système de santé repose historiquement sur une vision dite « paternaliste » du soin de santé, où le professionnel de santé, détenteur de l'expertise, décide de ce qui est bon pour le patient (Tousignant-Laflamme et al., 2017). À la fin des années 1960, des protestations et prises de position publiques en faveur des droits des consommateurs en santé — notamment en ce qui concerne le consentement éclairé et l'autonomie décisionnelle

(Charles et al., 1997) — ont mené à des réformes qui ont progressivement donné naissance à l'approche centrée sur la personne.

Dans le champ de la thérapie manuelle, cette vision paternaliste est plutôt connue sous le nom de **raisonnement thérapeute-centré**, défini comme un raisonnement clinique principalement axé sur la recherche de lésions patho-anatomiques et d'asymétries, à travers des palpations spécialisées réalisées par le thérapeute, sans inclure le patient dans une démarche collaborative pour donner un sens à sa situation (Kerry et al., 2024). Ainsi, la vision paternaliste et le raisonnement thérapeute-centré sont deux expressions fréquentes du paradigme biomédical, bien qu'ils puissent également se manifester dans d'autres contextes.

Le modèle biomédical, issu d'une vision positiviste de la science, considère le clinicien comme un observateur neutre, extérieur à l'expérience du patient. Selon cette approche, la réalité est objective, mesurable, et peut être étudiée par des méthodes empiriques telles que l'observation ou l'expérimentation. Seules les données vérifiables, comme les résultats de tests cliniques, sont jugées valides. Le but est d'établir des lois générales selon une logique causale du type « Si A, alors B ». Ainsi, la maladie est perçue comme un dysfonctionnement biologique localisable, et le rôle du clinicien est d'intervenir objectivement, sans être influencé par le vécu ou le contexte du patient (Balint, 1969). Bien que cette approche offre rigueur et efficacité, elle a été critiquée pour sa vision réductrice, négligeant des dimensions subjectives, émotionnelles ou sociales de la personne. Ces limites ont conduit à l'émergence de modèles plus holistiques, tels que le modèle BPS.

En contraste, l'approche centrée sur la personne, dérivée du modèle BPS, valorise la relation thérapeutique et l'évaluation globale de l'individu. Elle invite le clinicien à considérer non seulement les symptômes, mais aussi l'histoire, les émotions, les préférences et le contexte de vie de la personne qui consulte.

2.2.2. Les cinq dimensions du modèle personne-centrée

Dans la présente étude, nous adoptons comme cadre théorique le modèle de soins centrés sur la personne de Meads et Bower (2000), l'un des plus fréquemment cités dans la littérature sur la prise de décision partagée. Il comporte cinq dimensions, chacune illustrant un aspect fondamental de la relation thérapeutique.

1. **Le patient en tant que personne** – comprendre l'histoire de vie et le sens personnel que la personne accorde à sa problématique de santé ;
2. **L'alliance thérapeutique** – développer une relation de confiance et de collaboration mutuelle ;
3. **Le partage du pouvoir** – soutenir l'implication active du patient à la définition des objectifs et aux décisions de santé ;
4. **La perspective biopsychosociale** – intégrer les dimensions biologiques, psychologiques et sociales dans le processus diagnostique et thérapeutique ;
5. **Le thérapeute en tant que personne** – Prendre en compte ses propres réactions, subjectivités et biais psychologiques en tant que thérapeute.

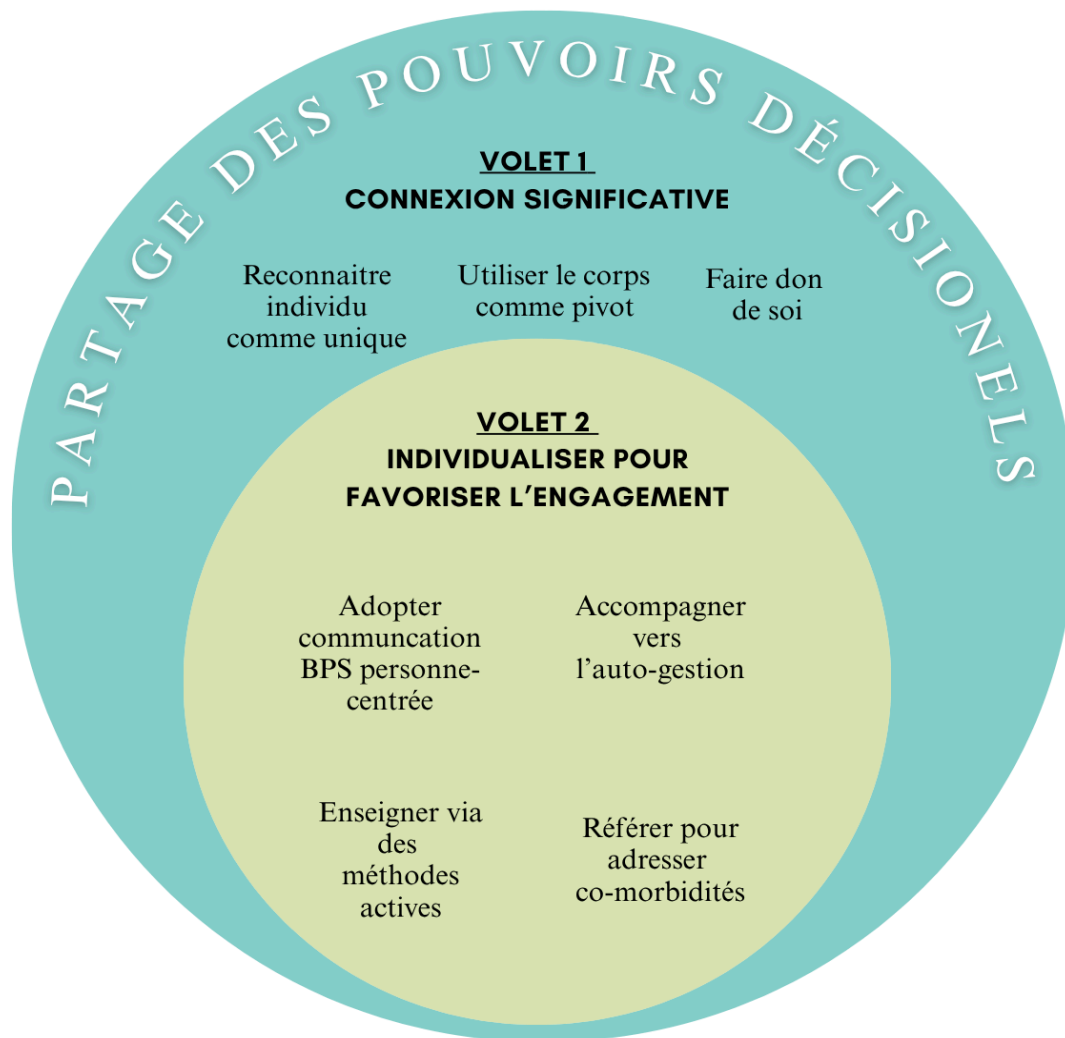
Dans ce modèle, si le processus de PDP est explicité par la dimension 3 «partage du pouvoir», il est essentiel de reconnaître que l'effort d'empuissancement de la personne qui consulte est présente dans chacune de ces dimensions et que chacune d'elles sont interreliées. La reconnaissance du patient comme personne unique (dimension 1) légitime son expertise subjective et valorise les formes singulières que sa participation prendra. L'alliance thérapeutique (dimension 2) instaure la confiance relationnelle et le climat de sécurité indispensables pour que la personne ose exprimer ses préférences. Le pouvoir partagé (dimension 3) permet à la personne de s'impliquer comme agent responsable de sa santé. La perspective biopsychosociale (dimension 4) enrichit le dialogue décisionnel en intégrant les facteurs psychologiques et sociaux qui influencent les choix de soins. La posture humaine du thérapeute (dimension 5) renforce l'égalité dans la relation, augmente la transparence et l'accessibilité à la responsabilisation de la personne. Ensemble, ces cinq dimensions de l'approche personne-centrée forment un réseau synergique et intriqué : chacune nourrit et amplifie les autres pour soutenir les capacités de la personne qui consulte.

2.2.3. L'approche personne-centrée en thérapie manuelle

Bien que la légitimité de l'approche personne-centrée en soins de santé soit maintenant largement établie en thérapie manuelle (Lin et al., 2020), elle soulève encore aujourd'hui de nombreuses interrogations quant à sa mise en œuvre clinique. À l'issue du symposium international sur les soins centrés sur la personne pour les patients souffrant de troubles musculosquelettiques (Hutting et al., 2022), des lignes directrices ont été élaborées pour encadrer l'application clinique de l'approche personne-centrée en thérapie manuelle.

Comme nous l'avons vu dans le modèle de Meads et Bowel plus haut, La PDP est intimement intriquée au concept d'approche personne-centrée. Elle est perçue par plusieurs comme le chaînon manquant entre les guides de bonnes pratiques personne-centrée et leur application clinique (Hutting et al., 2022; Thomson et al., 2014; Tousignant-Laflamme et al., 2017) . Basé sur ce postulat, **nous présentons les lignes directrices pour l'application de l'approche personne-centrée comme une manifestation des diverses formes que peut prendre la PDP.**

Figure 1: Résumé des lignes directrices pour l'application de l'approche personne-centrée



Inspiré des articles de Miciak et al. (2018), Caneiro et al. (2020) et Hutting et al. (2022)

Dans les lignes directrices proposées par Hutting et al. (2022), la PDP est présentée à la fois comme un outil pour la mise en œuvre de l'approche personne-centrée (via le questionnaire OPTION) et comme un principe fondamental de cette même approche. Lorsqu'ils y font référence en tant que principe, la PDP est décrite comme l'expression d'**un climat relationnel visant à soutenir la réflexion, le dialogue bi-directionnel, la collaboration et l'autonomie du patient tout au long du processus de soin** (Hutting et al., 2022).

Les lignes directrices sont divisées en deux volets. Le **volet 1** met en lumière l'importance de la **connexion significative** dans la relation thérapeutique. Il constitue une expression souvent implicite (aux yeux du patient) de la PDP et est une base nécessaire au déploiement du **volet 2**. Ce deuxième volet mobilise des mécanismes majoritairement explicites (aux yeux du patient) qui permettent d'engager l'individu dans la prise en charge de sa santé. Bien qu'ils soient distincts dans leurs objectifs, **les deux volets reposent sur le principe du partage des pouvoirs décisionnel.**

Volet 1 : Connexions significatives

Pour opérer dans le paradigme des soins de santé personne-centrée, établir un rapport avec la personne qui consulte est un facteur clé. Une connexion significative en contexte thérapeutique se caractérise par le fait que «(...) *patients et cliniciens se sentent vus, entendus et appréciés. Elle se construit grâce à des marques de reconnaissance, tant professionnelles que personnelles, qui les rapprochent.* » (Miciak et al., 2018). Une relation de meilleure qualité est associée à de meilleurs résultats cliniques, à une plus grande satisfaction des patients et à une meilleure adhérence au traitement (Hutting et al., 2022). Voici les trois sous-catégories proposées pour favoriser le développement de connexions significatives en physiothérapie (Miciak et al., 2019) :

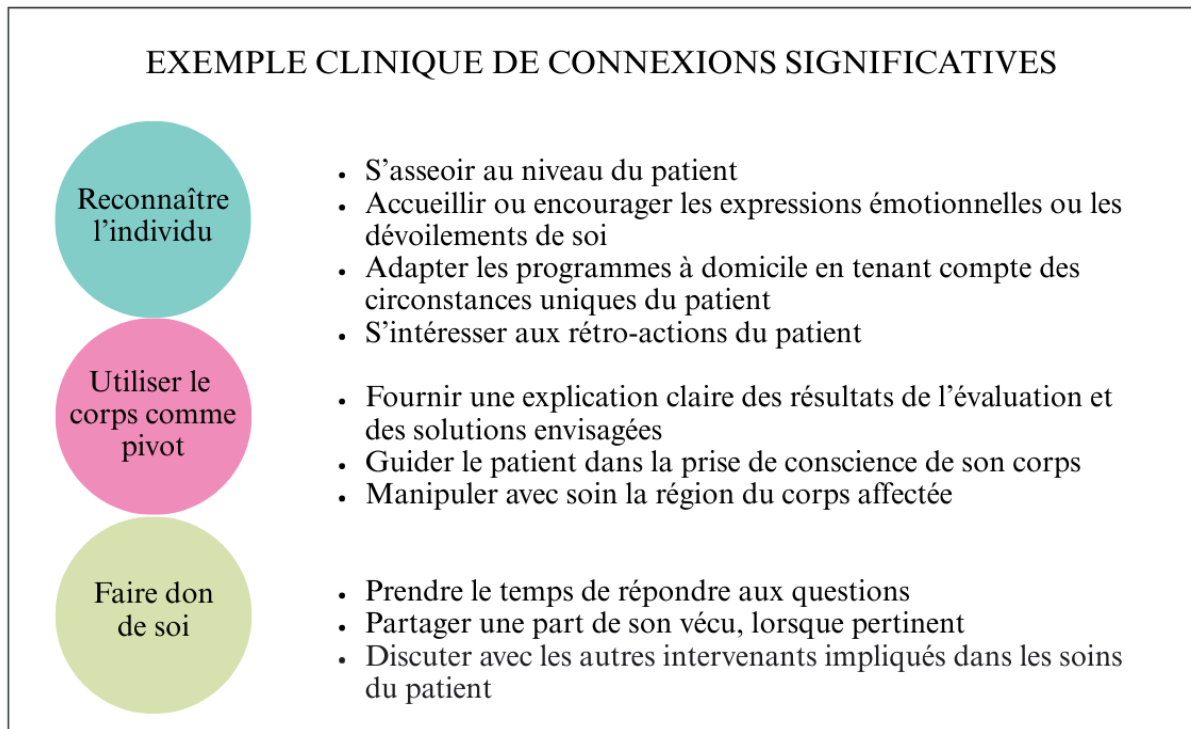
- **Reconnaître l'individu comme unique :** Le thérapeute rencontre le patient, verbalement et non verbalement, comme un égal, valide son expérience et

adaptent le traitement à sa singularité.

- **Utiliser le corps comme point d'ancrage :** Le thérapeute clarifie les problématiques physiques et leurs solutions, renforce la connexion du patient à son propre corps et utilise le toucher comme un pont entre sa propre compréhension et l'expérience corporelle du patient.
- **Donner de soi :** Le thérapeute s'investit personnellement pour soutenir le patient lorsque c'est nécessaire, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'interaction clinique.

Voici des exemples cliniques de chacun de ses points.

Figure 2: Exemples cliniques de « connexions significatives »



Inspiré de Miciak et al. (2018)

Volet 2 : Individualiser le soin pour favoriser l'engagement

Ce second volet met l'accent sur des stratégies concrètes pour adapter l'intervention aux caractéristiques, besoins et préférences de chaque personne. Il contribue à bâtir les compétences et les ressources des patients.

- **Adopter une communication BPS centrée sur la personne :** Le thérapeute pose des questions ouvertes et réflexives sur l'expérience de douleur du patient (ex. « Raconte-moi ton histoire ? ») dans le but de comprendre ses croyances sur la causalité de la douleur, (ex. « Comment t'expliques-tu ce qui cause cette douleur ? »), ses stratégies adaptatives (ex. « Que fais-tu quand la douleur augmente ? »), son

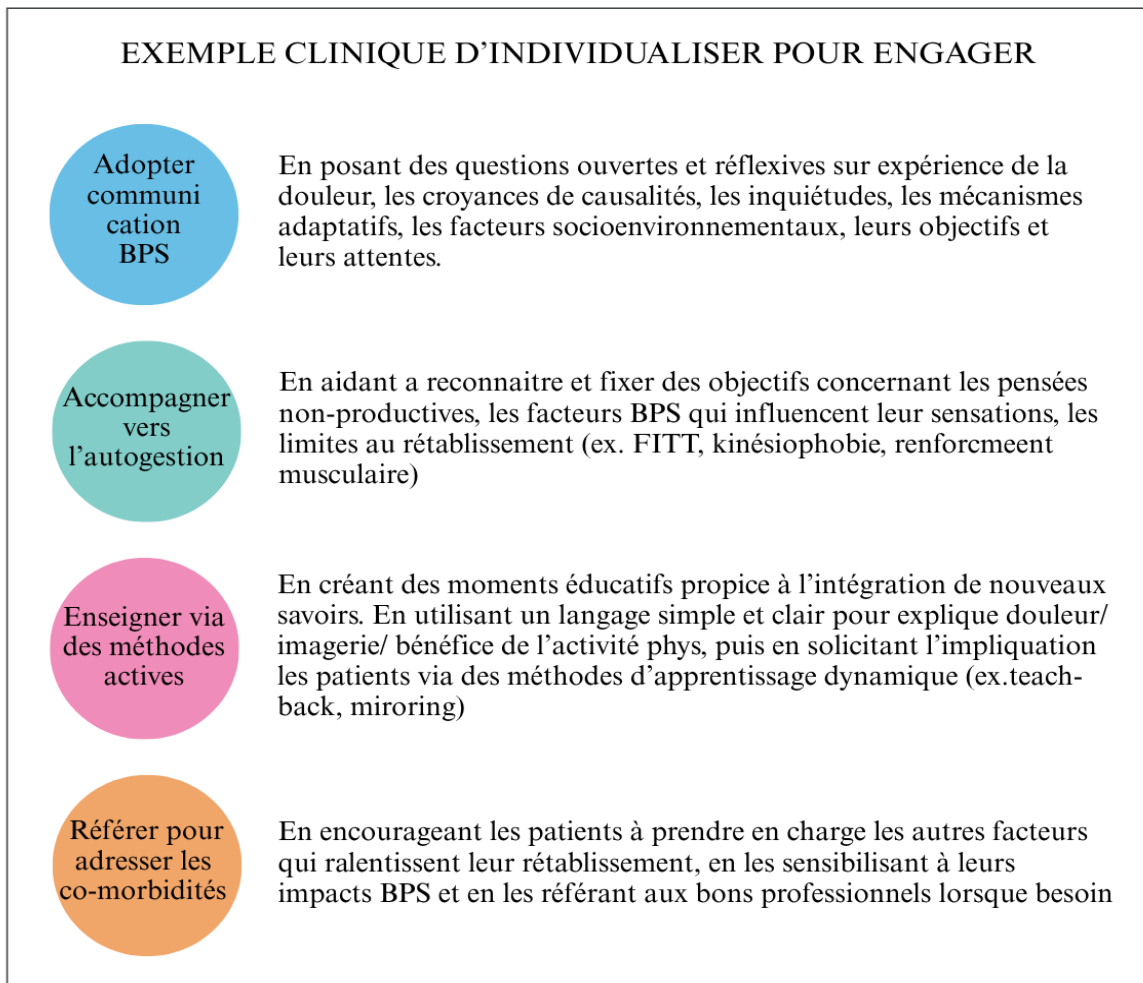
impact sur ses activités de la vie quotidienne (ex. « Comment tes symptômes affectent-ils ton travail, ta famille, tes hobbies ? »), sur l'impact émotif de sa situation (ex. « Est-ce que tes symptômes t'inquiètent ? »), sur les croyances en lien avec l'activité physique relative à sa douleur (ex. « Y a-t-il, selon toi, des gestes à privilégier ou au contraire à bannir ? »), sur son contexte économique, social, relationnel, environnemental, sur ses buts et ses attentes vis-à-vis le traitement et l'évolution de sa condition (Caneiro et al., 2020).

- **Accompagner vers l'autogestion :** Le thérapeute aide le patient à prendre de la perspective sur les facteurs qui influencent sa condition et il enseigne au patient des aptitudes d'autogestion. L'accompagnement vers l'autogestion se définit comme « *des interventions visant à doter les patients de compétences leur permettant de participer activement et d'endosser la responsabilité de la gestion de leur affection chronique afin de fonctionner de manière optimale* » (Hutting et al., 2019).
- **Enseigner via des méthodes actives :** Le thérapeute crée des moments éducatifs propices à l'intégration de nouveaux savoirs. À l'intérieur de ce cadre, il utilise un langage simple et clair pour expliquer par exemple les mécanismes de la douleur, les résultats d'imagerie ou les bénéfices de l'activité physique. Il reconnaît que l'apprentissage est un processus actif, ce qui l'amène à intégrer des méthodes participatives comme le « teach-back » ou la prise de notes ou encore à interroger le client sur ses méthodes de rétention d'information privilégiées. Il reste ouvert à

utiliser différents styles de ressources (vidéo, audio, texte, outils d'apprentissage interactifs) (Caneiro et al., 2020).

- **Référent pour adresser les comorbidité :** Le thérapeute accompagne le patient à prendre conscience de ses comorbidité (ex. niveaux élevés de détresse émotionnelle, troubles alimentaires, diabète), en le soutenant à poser des gestes pour les prendre en charge et en le référant aux bons professionnels lorsque besoin pour éviter que les comorbidités et leurs impacts BPS ralentissent son rétablissement (Caneiro et al., 2020).

Figure 3 : Exemples cliniques de « Individualiser pour engager »



Inspiré de Caneiro et al. (2020) et Hutting et al. (2022)

2.3. Thème central : la prise de décision partagée (PDP)

2.3.1. PDP et médecine conventionnelle

Dans cette section, nous présenterons le concept de PDP dans sa globalité en abordant successivement les caractéristiques fondamentales décrites par Charles et al. (1997), la nuance qu'apportent Elwyn et ses collègues (2005) autour de la création d'espaces d'implication du patient dans sa démarche thérapeutique, puis les travaux de Makoul et Clayman (2006) et de Bomhof-Roordink et al. (2019) qui font ressortir l'hétérogénéité des définitions et les défis méthodologiques que la PDP engendre. Puisque la PDP est bien établie en médecine conventionnelle, la majorité des recherches sur ses principes essentiels proviennent de ce champ.

2.3.1.1. Caractéristiques fondamentales de la PDP

En 1997, Cathy Charles et ses collègues, du McMaster University au Canada, sont parmi les premières auteures à clarifier le concept et à proposer les caractéristiques de base de la PDP. Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques de la PDP

CARACTÉRISTIQUES DE LA PDP
1. Implication d'au moins deux participants
2. Participation active des deux parties
3. Partage préalable de l'information
4. Décision acceptée par les deux parties

Source : Charles et al. (1997)

Détaillons ces quatre points: Premièrement, il va sans dire que la présence conjointe d'au moins deux acteurs est requise: le clinicien et le patient. Les auteures notent que, dans la pratique, d'autres personnes (famille, amis, plusieurs spécialistes) peuvent intervenir, multipliant les coalitions décisionnelles.

Deuxièmement, le clinicien et le patient doivent tous deux déployer des actions pour faciliter le dialogue bilatéral. Le clinicien crée un climat valorisant l'avis du patient, l'incite à formuler ses préférences, lui fournit de l'information claire et l'aide à peser risques et bénéfices. Le patient, de son côté, doit prendre la responsabilité de poser des questions, de révéler ses valeurs, d'évaluer les options et de formuler un choix.

Troisièmement, l'échange d'informations : sans exposé clair des différentes options et de leurs conséquences, le patient n'a rien à évaluer ni à délibérer. Charles et al. insistent sur le fait que clinicien et patient apportent chacun leurs données et leurs valeurs, et que cet échange bidirectionnel est indispensable pour qu'une véritable décision commune puisse émerger. Ils précisent cependant que « L'échange d'information entre le patient et le médecin est nécessaire, mais insuffisant pour garantir une prise de décision partagée »,

soulignant ainsi que l'échange d'informations, bien qu'essentiel, ne garantit pas à lui seul une participation active ni un réel partage du processus décisionnel.

Finalement, puisque la PDP selon Charles et ses collègues est définie à la fois comme un processus et comme un résultat, un accord mutuel entre clinicien et patient n'est qu'un des possibles aboutissements. L'échange peut aussi ne pas déboucher sur une décision ou révéler un désaccord. Ex. Le médecin peut estimer que la patiente serait en réalité mieux avec un type de traitement, mais accepte de valider le choix de cette dernière dans le cadre d'un accord négocié où l'avis de la patiente compte.

Pour mieux illustrer leur modèle, elles prennent l'exemple d'une personne qui consulte concernant la détection d'un cancer du sein à un stade précoce. Cette situation clinique remplit les critères d'une condition offrant des options de traitement qui sont sensibles aux préférences du patient : lors d'un diagnostic de cancer du sein, les patientes doivent décider entre plusieurs traitements (ex. tumorectomie ou mastectomie, puis chimiothérapie et/ou radiothérapie), chacun de ses traitements présentant des résultats et des profils de risque différents. Chaque option peut être défendue selon différents critères. Les traitements ont des répercussions à la fois sur l'intégrité corporelle et sur le bien-être mental, ce qui renforce l'importance de prendre en compte les valeurs et préférences individuelles.

Au lieu de proposer un protocole d'application clinique pour la PDP, les auteures choisissent d'émettre que des caractéristiques générales et mettent en gardent ceux et celles qui voudraient standardiser le processus de PDP. Elles soulignent qu'il n'existe pas une seule voie vers la PDP puisque certaines des caractéristiques qu'elles décrivent peuvent

être mises en œuvre par une grande variété de comportements. Elles ajoutent que « *la PDP est en quelque sorte une question de perception : certains mécanismes objectifs de la PDP (si tant est qu'ils puissent être définis) pourraient être perçus et valorisés différemment par différents patients* » (Charles et al., 1997). Cette citation renvoie à l'importance de l'écoute et de l'adaptation à la personne qui consulte, ce qui inclut l'option de **ne pas** s'engager dans un processus de PDP si c'est ce que la personne choisit. Cependant, « *avant que les patients ne puissent décider de participer ou non à la PDP, ils doivent se voir offrir ce choix par leur médecin* » (Charles et al., 1997).

2.3.1.2. Mesure de l'effort du clinicien à promouvoir l'implication du patient (l'outil OPTION)

Si Charles et al. proposent d'utiliser la PDP lorsque plusieurs options légitimes existent, Elwyn et ses collègues estiment que cette définition peut être trop restrictive. Ils stipulent que l'on ne peut prévoir où et quand les patients souhaiteront participer mais que l'essentiel consiste à favoriser, à chaque consultation, un échange sur la nature du problème de santé et à créer un espace propice à la discussion des incertitudes, des risques et des bénéfices (Elwyn et al., 2005) . Ces auteurs ont développé un outil de mesure - *observing patient involvement in decision making* (OPTION) - qui ne vise pas à quantifier la décision partagée aboutie, mais qui identifie les efforts explicites du clinicien à promouvoir l'implication de la personne qui consulte. La première version de leur outil comprend 12 items (OPTION-12) (Elwyn et al., 2005). La seconde version, sortie en 2014 et [accessible](#)

[en ligne](#), comporte 5 items (OPTION-5). Cette version est maintenant recommandée car jugée plus facile d'utilisation avec un plus grand coefficient de fiabilité inter-évaluateur.

Depuis sa création, cet outil a été utilisé dans des centaines d'études dans différents domaines des soins de santé médical et paramédical pour mesurer le niveau d'implication des personnes en consultation (Couët et al., 2015; Jones et al., 2014; Joosten et al., 2008; Nicolai et al., 2012; Pellerin et al., 2011; Rajendran et al., 2019). Un exemple d'utilisation de l'outil OPTION- 5 évaluant une consultation en physiothérapie est présenté en Annexe 1. Nous employons cet instrument dans notre étude observationnelle et en décrivons le fonctionnement détaillé dans la section méthodologie.

2.3.1.3. Hétérogénéité des définitions et défis méthodologiques des composantes associées au concept de PDP

Makoul et Clayman (2006) ont mené une revue systématique de 418 articles portant sur la PDP publiés entre 1970 et 2003. Ils y ont repéré trente et une composantes distinctes associées au concept de PDP, mais constatent que seules deux de ces composantes figurent dans plus de la moitié des définitions recueillies. Cette hétérogénéité des composantes soulève deux difficultés majeures : d'une part, les définitions conceptuelles divergentes rendent délicate la mesure précise de l'impact de la PDP ; d'autre part, elles compliquent, voire empêchent, la comparaison des résultats entre études.

En 2019, une seconde revue systématique menée par Bomhof-Roordink et al. a confirmé cette grande hétérogénéité : parmi quarante modèles de PDP recensés — dont la moitié des études publiées après 2015 —, vingt-quatre composantes différentes ont été utilisées pour

en décrire la PDP. Les trois composantes les plus souvent citées dans les articles sont la description des options de traitement (88 %), la délibération (58 %) et la mention de l'existence de plusieurs options possibles (55 %). Selon Bomhof-Roordink et al., cette diversité de composantes s'explique par la manière dont chacun des auteurs ont adapté leur modèle aux types de décisions et aux contextes de soin qui lui étaient propres, conformément à la recommandation initiale de Charles et de ses collègues. La moitié des modèles recensés ont été élaborée pour des types de décisions spécifiques (ex. investigations médicales, tests diagnostiques, options de traitements), vingt-huit d'entre eux s'appliquent à des contextes particuliers (ex. soins médicaux primaires, dépistage, pédiatrie, santé mentale, oncologie, réadaptation, maladies chroniques), un seul modèle sur quarante concernait la thérapie manuelle.

2.3.1.4. Distinctions entre les formes implicites et explicites de la PDP

Bien que la PDP soit valorisée dans les approches centrées sur la personne, la littérature laisse dans l'ombre certains aspects de sa mise en œuvre, notamment la distinction entre ses formes explicites et implicites. Plusieurs auteurs, bien qu'ils ne nomment ni ne définissent directement ces formes, reconnaissent la possibilité que des dynamiques décisionnelles émergent de façon implicite. Elwyn et al. (2005), dans leur présentation de l'échelle OPTION, admettent qu'une forme de co-construction peut survenir même si elle n'est pas captée par les comportements observables mesurés. Charles et al. (1997) évoquent de leur côté l'existence d'accords implicites entre clinicien et patient, et soulignent la complexité interprétative des interactions cliniques relatives à la PDP. En thérapie manuelle, cette perspective est renforcée par des travaux récents qui mettent en lumière la contribution du

toucher, de l'ajustement relationnel et du climat thérapeutique comme conditions favorables à l'implication du patient. McParlin et al. (2022) décrivent un espace "intersubjectif" co-construit à travers la régulation affective et sensorielle. Espírito Santo et al. (2023) et Esteves et al. (2020) mettent de l'avant le rôle du langage corporel dans le raisonnement clinique. Leach et al. (2014) rapporte que certains ostéopathes ne veulent pas parler franchement des risques ou impliquer les patients s'ils n'ont pas préalablement établi un climat de confort et de confiance.

Ces éléments suggèrent que la co-décision peut reposer sur des formes d'ajustement implicite qui émergent dans l'interaction, sans passer par un échange explicite sur des options thérapeutiques. Ensemble, ces travaux soulignent une tension dans la littérature : la reconnaissance des formes de PDP implicites, et le manque d'attention théorique ou conceptuelle qui leur est accordée. Ce flou invite à une exploration plus nuancée des modalités interactionnelles de la PDP, particulièrement dans les pratiques qui mobilisent fortement le corps et la relation thérapeutique.

2.3.1.5. Reconnaissance institutionnelle de la PDP

Bien que la mise en œuvre de la PDP reste complexe et peu formalisée, elle bénéficie d'un soutien institutionnel mondial (Håkansson Eklund et al., 2019, World Health Organization (WHO), 2004). Au Royaume-Uni, le **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)** a adopté la PDP comme un standard de qualité des soins (Rajendran et al., 2019). Au Québec, l'**Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)** propose une vidéo explicative destinée aux patients et aux cliniciens pour promouvoir l'usage de la PDP (INESSS, 2025). L'existence de la **chaire de recherche du Canada sur**

la prise de décision partagée et la mobilisation des connaissances témoigne de l'importance croissante accordée à cette approche (Chaire de recherche en prise de décision partagée, ULAVAL, 2025). Leur site internet répertorie une liste détaillée de cent quatre-vingt-dix formations offertes à l'échelle internationale sur la PDP destinées à différents professionnels de la santé.

2.3.2. PDP et thérapie manuelle

2.3.2.1. Cadre légal de la PDP en thérapie manuelle

Au Canada, la Loi sur le consentement aux soins de santé impose l'obligation légale aux professionnels de la santé d'obtenir le consentement de la personne avant tout traitement (Fenety et al., 2009). Cette obligation est intégrée aux codes de déontologie de la plupart des ordres provinciaux de physiothérapie et au Profil de compétences essentielles pour les physiothérapeutes au Canada. Similairement à la PDP², le consentement éclairé est défini par le Collège des physiothérapeutes de l'Ontario comme un **processus dynamique de prise de décision** : il repose sur l'information délivrée par le thérapeute, adaptée aux besoins de compréhension du client, il inclut la description du traitement, des risques, des alternatives et prévoit l'information sur les conséquences d'un éventuel refus. Il couvre non seulement l'accord initial, mais aussi la poursuite, les variations et les ajustements du plan de soins (Fenety et al., 2009). Dans le **Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada** et celui des **technologues en physiothérapie**, « *Participer à la prise de décision partagée* » figure parmi les compétences clés à acquérir pour «

² La PDP **inclut le consentement éclairé**, mais s'inscrit dans processus relationnel et interactif plus large où le patient est actif et valorisé comme expert de son vécu.

assurer une pratique efficace et un travail d'équipe harmonieux » (Profil des compétences essentielles des PHT, 2017; Profil des compétences des TPhys, 2022).

2.3.2.2. Avantages de la PDP en thérapie manuelle

En physiothérapie, la PDP intéresse plusieurs chercheurs (Hutting et al., 2022; Kerry et al., 2024; Moore & Kaplan, 2018; Parsons et al., 2012; Rose et al., 2017) puisqu'elle est perçue comme un processus soutenant pour favoriser la collaboration quand vient le temps d'aider le patient à fixer des objectifs de traitement (goal-setting) (Bright et al., 2012; Gayton & Monga, 2023). Dierckx et al. voient la PDP comme un atout pour augmenter l'adhésion aux exercices de rééducation, limiter la kinésiophobie associée aux lombalgies et réduire le risque de récurrence des blessures (Dierckx et al., 2013).

Malgré le nombre limité d'études mesurant les effets cliniques de la PDP en physiothérapie, les résultats provenant des études en médecine conventionnelle confirment certains bénéfices. Voici quelques avantages en médecine conventionnelle, qui pourraient également s'appliquer à la thérapie manuelle.

Compréhension et connaissances : l'implication dans le processus de décision aide les personnes qui consultent à mieux comprendre leur état de santé (Joosten et al., 2008), ce qui favorise leur participation régulière aux séances et leur engagement dans les exercices prescrits (Dierckx et al., 2013).

Résultats cliniques et implication : La co-construction des décisions réduit la durée de récupération, améliore la gestion de la douleur et renforce la résilience des

patients face aux défis de la réadaptation (Spatz et al., 2017)

Capacités psychologiques : En donnant aux patients une voix dans les choix thérapeutiques, la PDP renforce leur sentiment de contrôle, consolide leur confiance dans la décision finale et diminue les conflits liés au processus décisionnel (Dierckx et al., 2013; Jones et al., 2014).

Autonomisation et relation thérapeutique : Le partage du pouvoir décisionnel accroît l'autonomie des patients et renforce la relation de confiance entre patient et thérapeute, améliorant ainsi la satisfaction des deux parties (Jones et al., 2014).

En médecine conventionnelle, ces bénéfices, combinés à d'autres bénéfices de nature plutôt institutionnelle — telle que la reconnaissance du fait que les patients informés choisissent souvent des options médicales plus conservatrices et donc moins coûteuses (Spatz et al., 2017) — a fait de la PDP un pilier opérationnel pour les institutions de soin primaire. L'initiative de l'État de Washington, qui a promulgué une loi incitant les cliniciens à utiliser des outils certifiés de PDP pour les décisions « préférence-sensibles » (par exemple, les prothèses de hanche ou traitement du cancer du sein) en est un exemple. Chaque patient qui utilise l'un de ces outils signe ensuite une attestation, qui formalise son consentement éclairé et offre aux cliniciens une protection juridique renforcée en cas de litige. La réalité en thérapie manuelle est différente. Explorons les limites de l'utilisation de la PDP dans ce domaine.

2.3.2.3. *Limites de la PDP en thérapie manuelle*

Bien que la PDP soit reconnue comme une approche bénéfique en santé, son intégration dans le contexte de la thérapie manuelle présente plusieurs défis spécifiques. Ces limites ne relèvent pas uniquement d'un manque de volonté ou de formation, mais sont souvent liées à des caractéristiques structurelles, culturelles et pratiques de la profession elle-même. Dans cette sous-section, nous présentons les principaux obstacles à l'application de la PDP en thérapie manuelle.

Adhérence au modèle conceptuel : Faire évoluer les croyances ancrées dans un modèle biomédical vers un modèle personne-centrée demande du temps. Certains physiothérapeutes craignent que la mise en lumière des incertitudes propres à chaque option thérapeutique entraîne une baisse de satisfaction et une hausse de l'anxiété chez la personne qui consulte (Fenety et al., 2009). L'étude de Politi et al. (2010) confirme ce risque, mais souligne surtout qu'il est nécessaire, dans la plupart des cas, d'admettre et de verbaliser ces incertitudes. Il écrit « *Bien qu'elle puisse déstabiliser, cette démarche renforce la confiance dans la relation thérapeutique et constitue le prix à payer pour une PDP authentique* » (Politi et al., 2011).

Données probantes limitées : Dans plusieurs contextes médicaux, il est commun de présenter aux patients des statistiques concernant les taux de succès, les risques de complications ou les effets secondaires d'une procédure. En thérapie manuelle, l'accès aux données probantes chiffrées sur les taux de réussite ou les risques associés à certaines de nos manipulations ou aux exercices de renforcement sont rares, et, lorsque disponibles, peu exploitées (Degenhardt et al., 2018;

Tousignant-Laflamme et al., 2017).

Double rôle du thérapeute : Contrairement au médecin dont la prescription est souvent mise en œuvre par d'autres professionnels ou via la technologie, le thérapeute manuel présente et réalise lui-même toutes les options (tests de sécurité clinique ou ostéopathique, analyses et interprétations des résultats de ces tests, différentes techniques de manipulations, exercices). Devenir maître dans autant de variétés d'options fait peser une pression supplémentaire sur le praticien (Di Thomson, 2008).

Cohabitation des options : En médecine conventionnelle les options thérapeutiques peuvent être distinctes et exclusives — ex. un choix clair à faire entre chimiothérapie ou radiothérapie — . En thérapie manuelle, les options de traitement peuvent parfois être enchaînées, durant la même séance — ex. éducation sur les facteurs influençant la douleur, l'usage de techniques articulaires suivies de techniques fasciales, plan d'exercices individualisé pour renforcer l'autonomie du patient — Il devient difficile alors de discriminer entre les différentes options thérapeutiques, ce qui influence la capacité à présenter des "choix" au patient.

Temps de palpation réduit : Le temps nécessaire pour expliquer et négocier les options empiète sur celui consacré aux techniques manuelles, ce qui peut limiter l'efficacité ressentie par la personne soignée (Leach et al., 2014).

2.3.2.3.1. *Quand la PDP ne s'applique pas*

Nous comprenons à ce point que la PDP ne se limite pas aux choix complexes : elle s'applique dans diverses situations afin de renforcer l'alliance thérapeutique et de favoriser une compréhension mutuelle du processus de soin. Toutefois, certaines exceptions s'appliquent :

- Les urgences médicales : lorsque la vie du patient est en danger immédiat, l'intervention rapide prime sur la délibération partagée (Charles et al., 1997; Hoffmann et al., 2014).
- Les états de grande vulnérabilité physique ou psychologique : dans ces contextes, la priorité est de sécuriser, stabiliser ou contenir la souffrance. Une guidance claire peut alors être plus rassurante que la co-participation (Charles et al., 1997; Gurtner et al., 2022).
- Les situations d'incapacité décisionnelle temporaire ou permanente : comme certains cas de troubles neurocognitifs avancés ou de confusion aiguë, où le patient n'est pas en mesure de formuler ou de comprendre les options (Grad, 2025 ; O'Rourke et al., 2022).
- Les décisions cliniques très techniques, univoques ou sans alternatives pertinentes : lorsque le rapport bénéfice/risque ne laisse que peu de marge pour un choix éclairé (Hoffmann et al., 2014).

Après avoir examiné les fondements, les bénéfices et les limites de la PDP, nous abordons à présent la question du désir des patients d'être impliqués dans les décisions qui les concernent en santé.

2.3.3. Désir des patients pour la PDP

Dans les mots de Steel (2020) « Alors que la prise de décision centrée sur la personne vise explicitement à placer les patients au cœur de la pratique, les discussions sur sa mise en œuvre ou sur l’alignement de la philosophie holistique avec cette approche se font avec peu de contribution ou de repères de la part des patients eux-mêmes ». Pour guider l’exploration du désir des patients pour la PDP, nous commencerons par relater les attentes des patients vis-à-vis de leurs rendez-vous médicaux. Nous analyserons ensuite l’écart entre l’implication souhaitée des patients et celle perçues par les thérapeutes. Puis, nous discuterons de la perception des patients concernant l’ostéopathie, de leur préférence entourant la communication du consentement éclairé, et des plaintes et réclamations déposées en ostéopathie.

2.3.3.1. Priorités des patients lors d’une consultation en santé

Les résultats de la méta-analyse de Coulter (2005), fondée sur 19 revues systématiques et plus de 116 000 répondants, indiquent que les patients accordent une grande importance à la qualité de la relation thérapeutique (86 %), à la compétence professionnelle (64 %), au respect de leurs préférences et à la possibilité de participer aux décisions (63 %), ainsi qu’au temps consacré à l’écoute (60 %). D’autres travaux (Chewning et al., 2012; Levinson et al., 2005; Moreau et al., 2012) convergent vers les mêmes constats : les patients apprécient qu’on leur propose des choix et qu’on tienne compte de leur opinion, sans nécessairement être les seuls responsables de la décision.

2.3.3.2. Écart entre le désir d'implication des patients et la perception des thérapeutes

En thérapie manuelle, l'étude de Dierckx et al. (2013) souligne que les physiothérapeutes sous-estiment le niveau d'implication désiré des patients (voir tableau 2).

Tableau 2. Résultats du type d'implication désirée par les patients

RÉSULTATS DE L'ÉCHELLE DES PRÉFÉRENCES DE CONTRÔLE		
NIVEAU D'IMPLICATION	PRÉFÉRENCE (S) DES PATIENT·E·S (n = 210)	PERCEPTION DES THÉRAPEUTES (n = 207)
Le·la patient·e prend la décision seul·e	0.0%	3.3%
Le·la patient·e prend la décision après avoir entendu l'avis du·de la thérapeute	9.5%	8.6%
Le·la patient·e et le·la thérapeute prennent la décision ensemble	36.7%	15.2%
Le·la thérapeute prend la décision après avoir entendu l'avis du·de la patient·e	36.2%	30%
Le·la thérapeute prend la décision seul·e	17.1%	34.8%
Le·la patient·e ne sait pas	0.5%	6.7%
Le·la patient·e préfère ne pas répondre	0.0%	0.0%

Source : Dierckx et al., (2013)

Sur un échantillon de 237 patients, aucun ne souhaitait prendre seul la décision. En revanche, une majorité exprimait le désir d'une implication partielle : 36,7 % souhaitaient partager le pouvoir décisionnel, et 36,2 % préféreraient que le thérapeute décide après avoir considéré leur point de vue. Ces données rappellent la nécessité de sonder activement les préférences décisionnelles des patients plutôt que de les présumer.

2.3.3.3. Attentes des patients consultant en ostéopathie

En ostéopathie, dans une étude qualitative auprès de 34 personnes consultant en ostéopathie, les auteures (Cross et al., 2015) ont identifié cinq grandes catégories d'attentes suivant l'analyse des thèmes abordés en groupes de discussion.

Empuissancement : Les patients voient le fait d'obtenir de l'information sur leur problématique de santé comme une façon de prendre en charge leur santé. Ils souhaitent obtenir un diagnostic clair de la cause de leurs symptômes, comprendre leur état et savoir comment agir pour ne plus être dans l'incertitude.

Expertise professionnelle : Ils s'attendent à une connaissance pointue et une approche ouverte de la part de l'ostéopathe : un ostéopathe capable d'expliquer simplement les mécanismes en jeu, de poser un diagnostic manuel précis et de référer à d'autres professionnels si nécessaire.

Expérience « client » : Les patients perçoivent l'ostéopathie comme un soin alliant accueil chaleureux, environnement professionnel et approche holistique. Ils apprécient que les consultations soient suffisamment longues pour échanger en profondeur avec l'ostéopathe, renforçant leur sentiment d'être respectés et de bénéficier d'un excellent rapport qualité-prix.

Processus thérapeutique : Ils aiment que le traitement combine une évaluation, des manipulations et de l'éducation sur la cause de leur problématique. Ils apprécient aussi sentir des effets immédiats ou progressifs sur la douleur, ainsi que la possibilité de suivi et de soins continus pour prévenir les récives.

Relation interpersonnelle : Les patients valorisent la confiance qui s'établit avec l'ostéopathe via le fait de se sentir écouté, validé, compris et respecté dans leur singularité

2.3.3.4. Consentement éclairé en ostéopathie : contenu, moment et mode de présentation des informations liées aux soins

Daniels et Vogel se sont intéressés au concept de consentement éclairé en ostéopathie. Via un questionnaire, ils ont cherché à comprendre quelles informations étaient considérées importantes pour les patients, quand voudraient-ils que cette information leur soit présentée et comment préféreraient-ils qu'elle leur soit présentée. Les résultats s'accordent avec ceux de Cross et al. dans la mesure où les patients approuvent le processus de consentement éclairé et jugent importants tous les aspects de l'échange d'informations, en particulier les données sur le diagnostic actuel, les risques du traitement quand les risques sont élevés, et la vérification de leur compréhension de ces risques (Daniels & Vogel, 2012). 62 % des patients souhaitent recevoir les informations générales (déroulement, objectifs de l'ostéopathie) avant le début de la séance par internet ou e-mail plutôt qu'en consultation. En revanche, dès qu'il s'agit de détails plus spécifiques — diagnostic, possibilité de douleur à l'examen, risques (faibles ou rares et sévères) — la grande majorité préfère les recevoir durant la consultation initiale. Quant au mode de présentation de l'information, la communication verbale arrive largement en tête (jusqu'à 90 % des patients), bien avant les pamphlets ou les formulaires de consentement.

Bien que le consentement implicite soit largement utilisé en thérapie manuelle (Fenety et al., 2009), dans le cadre de cette étude, les points de vue sur l'utilisation du langage corporel non-verbal comme indicateur du consentement implicite ne faisaient pas consensus : les auteurs mentionnent qu'il semble difficile de distinguer le consentement

implicite de la simple obéissance et que des malentendus à ce propos pourraient entraîner des conséquences juridiques.

2.3.3.5. *Plaintes et réclamations en ostéopathie*

Une analyse des plaintes déposées contre des ostéopathes au Royaume-Uni en 2013 et 2014 révèle que près de la moitié concernaient des problèmes de communication, notamment l'absence de consentement éclairé et des échanges inadéquats (Carnes, 2016). L'autre moitié portait sur la prise en charge clinique, incluant des traitements jugés inappropriés ou non justifiés, à un traitement trop brutal, à un traitement ayant provoqué une douleur ou une blessure nouvelle ou accrue. D'après plusieurs études de cohorte prospectives sur les événements indésirables en thérapie manuelle, environ 30 à 50 % des patients ressentent une aggravation transitoire, légère à modérée, de leurs symptômes après le traitement. Selon Carnes (2016) « *Communiquer ces informations aux patients et s'assurer qu'elles fassent partie intégrante du processus de consentement éclairé pourrait contribuer à réduire le risque de plaintes ultérieures* ». Cette citation invite les thérapeutes à prendre le temps d'avoir des conversations sur les besoins et les craintes des patients, à partager de l'information sur les risques et les attentes post-traitement, à négocier et à faire approuver les plans de traitement par le patient pour diminuer les plaintes et les réclamations faites à l'égard des ostéopathes.

Nous comprenons en lisant cette section que les patients souhaitent être activement impliqués dans les décisions liées à leur santé, à travers un échange respectueux, informatif et collaboratif. Si la majorité ne cherche pas à prendre seule les décisions, elle attend néanmoins d'être consultée, entendue et considérée dans le processus décisionnel.

2.3.4. PDP et ostéopathie

Dans le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ostéopathe au Québec (Ostéopathie Québec, 2016), on relate plusieurs recommandations inhérentes à la PDP telle que celle-ci :

« l'ostéopathe est tenu de fournir à chaque personne en consultation l'information nécessaire pour lui permettre de faire des choix éclairés en tout temps et, de ce fait, pour l'amener à comprendre les divers enjeux liés aux décisions à prendre et aux gestes à poser tout au long de l'intervention, en s'assurant d'obtenir le consentement éclairé de chaque personne en consultation ».

Dans la section relative aux éléments de savoir sous-jacents à la maîtrise des compétences, on peut lire qu'un des objectifs de l'ostéopathe est :

« le développement des processus propres à susciter la participation de chaque personne en consultation au cours de l'évaluation et de l'intervention en ostéopathie de même que sa responsabilisation par rapport à sa santé et à son équilibre ».

Si la littérature concernant la PDP en médecine conventionnelle est abondante (Chaire de recherche en prise de décision partagée, ULVAL, 2025) et celle en physiothérapie grandissante (Dierckx et al., 2013; Jones et al., 2014; Tousignant-Laflamme et al., 2017), la littérature concernant la PDP en ostéopathie est mince, et le concept encore peu connu auprès des professionnels (Rajendran et al., 2019). Outre l'étude de Cross et al. et Daniels & Vogel qui questionne les attentes des patients en ostéopathie, et celle de Carnes qui analyse les types de plaintes reçues au sein de la profession, trois autres études, à notre connaissance, abordent explicitement la PDP et l'ostéopathie.

La première, celle de Thomson et al. (2014) a cherché à combler le manque de connaissances sur la manière dont les ostéopathes expérimentés prennent leurs décisions cliniques. Les auteurs démontrent que les raisonnements cliniques et les stratégies de soin des ostéopathes sont influencés par le modèle relationnel auquel les thérapeutes s'identifient et que ceux-ci influencent la présence et la qualité de la PDP dans les séances³.

La deuxième, celle de Leach et al. (2014) visent à explorer comment présenter les risques et les bénéfices en ostéopathie de façon à soutenir une PDP efficace. Elles ont réalisé une étude en deux étapes : d'abord, la conception d'un feuillet d'information pour les patients sur les risques et bénéfices des traitements ostéopathiques, puis des groupes de discussion pilotes avec patients et ostéopathes pour évaluer le feuillet et recueillir leurs perceptions. Les résultats de l'étude font ressortir plusieurs questionnements relatifs à la quantité et au type d'information qui devraient être divulgués, à la façon de présenter cette information et à la tension entre la nécessité de fournir cette information sans pour autant empiéter sur le temps consacré aux soins. Cette étude pilote constitue une base pour des recherches futures visant à renforcer la PDP en ostéopathie.

³ Les **trois modèles relationnels** de Thomson et al. sont :

- **Traiteur** : posture thérapeute-centré, décision principalement pilotée par l'ostéopathe, faible implication du patient.
- **Communicateur** : focalisation sur le dialogue et le partenariat, décisions partagées.
- **Enseignant** : accent sur l'éducation et l'autonomisation, le patient est co-acteur et souvent leader des choix

La troisième étude, celle de Rajendran et al. (2019), est la première étude et, à notre connaissance, la seule à mesurer le degré d'implication des patients dans la PDP lors des consultations en ostéopathie. Leur population à l'étude était les étudiants de 3^e et 4^e année dans une école d'ostéopathie du Royaume-Uni et les mesures ont été prises à l'aide de l'instrument OPTION-12. Sur 30 interactions observées, le score moyen OPTION-12 des étudiants était de **0,6 %** (étendue 0–10,4 %), ce qui est bien en-deçà du seuil minimal de compétence fixé à 60 % et significativement inférieur à celui d'une étude semblable faite auprès des physiothérapeutes du NHS (24,4 %), suggérant que les étudiants en ostéopathie adoptent majoritairement un style de prise de décision paternaliste plutôt que personne-centrée.

Bien que la PDP soit reconnue comme un élément central des soins centrés sur la personne, aucune étude n'a encore adopté un regard qualitatif sur les comportements liés à la PDP en consultation ostéopathique. Cette absence de données limite notre compréhension de la PDP en ostéopathie. Sans une meilleure compréhension de la manière dont elle se manifeste, il demeure difficile de développer des approches et des outils véritablement adaptés pour la favoriser. C'est ce vide que notre étude vise à combler. Pour ce faire, nous mobilisons une approche mixte combinant outils d'observation quantitatif et qualitatif et entretiens semi-structurés, afin de documenter à la fois la présence et le type de comportements associés à la PDP.

3. OBJECTIF ET QUESTION DE RECHERCHE

3.1. Question de recherche

Comment la prise de décision partagée se manifeste-t-elle dans les pratiques des ostéopathes du Québec ?

3.2. Objectif de recherche

1. Contribuer aux réflexions concernant la prise de décision partagée en ostéopathie
2. Documenter les formes de prise de décision partagée dans les consultations ostéopathiques du Québec.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. Devis de recherche

Notre étude porte sur un sujet encore peu étudié : la PDP en ostéopathie. Comme il existe peu d'écrits sur le sujet, nous avons opté pour une approche exploratoire. Une étude exploratoire sert souvent à mieux cerner un sujet encore flou ou mal défini (Trudel et Vonarx, 2007). Elle peut aussi permettre de faire le tri et de clarifier la voie à suivre avant de lancer un projet plus ambitieux.

Nous avons opté pour une approche multi-méthodes, combinant des outils quantitatifs et qualitatifs : un questionnaire rempli par une tierce personne (l'outil OPTION), des observations directes de consultations et des entrevues semi-dirigées avec les ostéopathes. En combinant ces perspectives complémentaires, nous avons cherché à mieux comprendre comment la PDP se manifeste à la fois dans les comportements évalués à l'aide d'un outil structuré, dans les pratiques observables et dans les discours réflexifs des ostéopathes.

4.2. Population à l'étude et taille de l'échantillon

Pour recruter les participants, nous avons utilisé ce qu'on appelle un *échantillon de convenance*. Ce type de sélection peut introduire un certain biais, car les gens qui choisissent de participer sont souvent ceux qui se sentent déjà concernés ou motivés par le sujet ; cette population ne refléterait pas forcément toute la diversité des points de vue

possibles (Braun & Clarke, 2013). Dans le contexte d'une étude exploratoire comme la nôtre, ce genre d'échantillonnage a l'avantage d'être simple, rapide et peu coûteux.

Le recrutement de participants s'est fait en décembre 2024, principalement via les réseaux sociaux. Nous avons publié une annonce (voir annexe 2) dans un groupe Facebook privé nommé *Ostéopathes (réservés aux ostéopathes)* — un groupe qui comptait plus de 2000 membres au moment de la publication. L'annonce mentionnait que nous cherchions des ostéopathes pour participer à une étude sur les interactions entre patients et thérapeutes en ostéopathie sans nommer directement le thème de la PDP. Comme dans l'étude de Rajendran et al., nous avons choisi de ne pas nommer d'emblée que la recherche portait sur la PDP pour ne pas influencer les comportements naturels des participants lors de l'observation.

4.3. Critères d'admissibilité

Les critères de sélection étaient :

- Être ostéopathe diplômé qui exerce depuis 3 ans ou plus ;
- Être membre d'une association représentant des ostéopathes au Québec ;
- Être disponible à recevoir une observatrice durant la consultation ;
- Permettre que la séance soit audio-enregistrée ;
- Être situé à Montréal ou aux alentours ;
- Parler français ;

La chercheuse a contacté par téléphone chaque ostéopathe intéressé afin d'expliquer la méthodologie de collecte des données, fixer la date d'observation et préciser les critères de sélection des patients, qui étaient les suivants :

- Être âgé de 18 ans ou plus ;
- Être en première consultation avec l'ostéopathe ;
- Toute condition médicale était acceptée ;
- Parler français ;

4.4. Recrutement et participants

Par souci d'optimisation des ressources temporelles allouées à cette étude, nous avons choisi de restreindre notre observation à une seule séance client par ostéopathe. Par ailleurs, afin d'assurer une homogénéité dans le degré de relation thérapeutique analysé, nous avons décidé de ne sélectionner que les clients qui venaient pour un premier rendez-vous avec l'ostéopathe. Cette approche garantit que chaque dyade est observée dans un contexte de relation naissante, facilitant ainsi la comparaison des échanges initiaux sur un même pied d'égalité. Dans leur étude menée auprès de physiothérapeutes néerlandais, Dierckx et ses collègues (2013) utilisent le même questionnaire OPTION que nous et ne font pas apparaître de différences significatives entre les consultations de première rencontre et celles impliquant un lien thérapeutique déjà établi.




Quatre ostéopathes ont répondu à l'appel, mais l'un d'eux n'a pas poursuivi les échanges. Ce sont donc trois personnes qui ont finalement pris part à l'étude. Un petit nombre de participants – trois ou quatre – est acceptable en recherche qualitative car l'objectif n'est

pas d'obtenir des résultats généralisables, mais d'approfondir la compréhension des expériences vécues, des perceptions et du sens que les participants donnent à leur pratique (Braun & Clarke, 2013).

Chaque ostéopathe et patient ont signé un formulaire de consentement, afin d'autoriser la présence de la chercheuse lors de la séance et l'enregistrement audio de celle-ci. Les ostéopathes ont aussi accepté de participer à une entrevue semi-dirigée enregistrée, et ont rempli un court questionnaire en ligne (Google Forms©) pour décrire leur parcours professionnel. Les réponses à ce questionnaire sont présentées ci-dessous.

4.4.1. Profils des participants

Tableau 3. Profils des ostéopathes participant à l'étude

	Ostéopathe 1	Ostéopathe 2	Ostéopathe 3
			
Âge	45 à 49 ans	50 à 54 ans	40 à 44 ans
Genre	Femme	Homme	Homme
Années d'expérience comme thérapeute	14	28	11
Date de fin d'études en ostéopathie	2016	2005	2015
École de formation	Collège Études Ostéopathiques (CEO)	Collège Ostéopathique du Québec (COQ)	Collège Ostéopathique de Bordeaux (COB)
Carrière(s) antérieur(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Technicienne en santé animale • Gestionnaire de laboratoire de recherche • Massothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller en ressources humaines • Physiothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparateur physique du sportif de haut niveau
Formations continues en ostéopathie	<ul style="list-style-type: none"> • Spasmes endocrâniens • Axe cerveau-intestin • Ostéopathie somato-émotionnelle • Focusing • Les fascias • Neurosciences en ostéopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche biodynamique • Techniques vibratoires et harmoniques • Multiples cours sur approche liquidienne, crânienne, viscérale 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme crânio-cérébral léger • Plusieurs formations à la Clinique du Coureur et en pédiatrie
Facteurs qui influencent leurs pratiques ostéopathiques	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en hypnose • Intérêt pour outils en lien avec douleur aiguë ou chronique ainsi que les troubles psychosomatiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignant en physiothérapie et en ostéopathie • Formation en coaching • Conférencier 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignant en ostéopathie • Maîtrise en préparation physique et mentale du sportif de haut niveau

Les trois ostéopathes participant à l'étude ont tous plus de 10 ans d'expérience clinique et présentent des profils professionnels diversifiés. Deux des trois participants ont une

expérience d'enseignement en ostéopathie, dont l'un a aussi été enseignant en physiothérapie. Cette expérience pédagogique peut constituer un atout méthodologique puisque ces professionnelles sont généralement plus à même d'explicitier leurs raisonnements cliniques, ce qui, selon Thomson et al. (2014) contribue à la richesse des données recueillies. Bien que pas recensé par le questionnaire, une des participantes s'intéressait d'emblée à une pratique personne-centrée connue sous le nom de « entrevue motivationnelle ». Puisque le groupe étudié comprend une femme et deux hommes, le masculin générique est utilisé afin de préserver leur anonymat. Chaque ostéopathe a été identifié par un code (O1, O2, O3). Aucune demande au comité d'éthique ne fut nécessaire pour cette étude.

4.4.2. Profil des patientes

Les trois patientes observées en contexte clinique étaient des femmes âgées de 30 à 45 ans. Deux s'identifiaient comme caucasiennes, détenaient une formation universitaire et avaient déjà consulté un ou une ostéopathe auparavant, tandis que la troisième, s'identifiant comme d'origine latino-américaine, avait une formation collégiale et en était à sa première expérience en ostéopathie. Toutes trois avaient déjà reçu d'autres formes de thérapie manuelle. Étant donné que les trois participantes étaient femmes, le terme « patiente » sera employé pour les désigner dans la suite du texte.

4.5 Outils de collecte de données

Cette étude repose sur trois méthodes de collecte de données : un questionnaire rempli par une tierce partie, une observation directe et des entrevues semi-dirigées avec les ostéopathes. Chacun de ces outils est présenté plus en détail dans les sections qui suivent.

4.5.1. Questionnaire quantitatif OPTION-5

L'instrument « Observing Patient Involvement » (OPTION) est couramment utilisé pour évaluer dans quelle mesure les professionnels de la santé impliquent les patients dans la prise de décision liée à leur santé (Coutu et al., 2015). Les études de Barr et al. (2015) et Stubenrouch et al. (2016) convergent dans leur évaluation favorable de l'instrument OPTION-5. L'étude de Barr se concentre sur la validité et la fiabilité de l'outil dans un contexte de recherche contrôlée (essais randomisés avec ou sans outil d'aide à la décision), celle de Stubenrouch examine la sensibilité au changement, en montrant qu'OPTION-5 parvient à capter les variations dans la manière dont les professionnels de santé informent, sollicitent les préférences et intègrent les choix des patients, ce qui témoigne de sa validité discriminante. Les deux études soulignent que l'OPTION-5, comparativement à sa version originale OPTION-12, réduit la charge cognitive des évaluateurs sans compromettre la validité de mesure, ce qui le rend particulièrement intéressant pour une utilisation en milieu clinique. Le questionnaire OPTION-5 est présenté ci-dessous.

Tableau 4. Questionnaire OPTION-5

QUESTIONNAIRE OPTION 5	
<p>ITEM 1</p> <p>Pour le problème de santé discuté, le clinicien signale qu'il existe différentes options de traitement ou de gestion, ou confirme qu'une décision doit être prise.</p> <p>Si c'est le patient qui évoque ces options, le clinicien reconnaît leur existence et confirme qu'elles doivent être envisagées.</p>	<p>0 = zero effort 1 = effort minimal 2 = effort modéré 3 = effort considérable 4 = effort exemplaire</p>
<p>ITEM 2</p> <p>Le clinicien rassure le patient et confirme qu'il l'aidera à s'informer et à réfléchir aux différentes options.</p> <p>Si le patient mentionne avoir déjà recherché ou obtenu des informations avant la consultation, le clinicien encourage et soutient cette démarche.</p>	<p>0 = zero effort 1 = effort minimal 2 = effort modéré 3 = effort considérable 4 = effort exemplaire</p>
<p>ITEM 3</p> <p>Le clinicien fournit des informations ou vérifie la compréhension des options considérées comme raisonnables (cela peut inclure ne pas agir), afin d'aider le patient à comparer les alternatives.</p> <p>Si le patient demande des éclaircissements, le clinicien soutient ce processus.</p>	<p>0 = zero effort 1 = effort minimal 2 = effort modéré 3 = effort considérable 4 = effort exemplaire</p>
<p>ITEM 4</p> <p>Le clinicien fait un effort pour recueillir les préférences du patient en réponse aux options qui ont été décrites.</p> <p>Si le patient exprime ses préférences, le clinicien les soutient.</p>	<p>0 = zero effort 1 = effort minimal 2 = effort modéré 3 = effort considérable 4 = effort exemplaire</p>
<p>ITEM 5</p> <p>Le clinicien fait un effort pour intégrer les préférences exprimées par le patient au moment où les décisions sont prises.</p> <p>Si le patient indique la meilleure façon d'intégrer ses préférences lors de la prise de décisions, le clinicien fait un effort pour le faire.</p>	<p>0 = zero effort 1 = effort minimal 2 = effort modéré 3 = effort considérable 4 = effort exemplaire</p>
<p>Score total : 0 à 20 Mise à l'échelle : 0 à 100</p>	

Il contient 5 éléments axés sur l'ensemble du processus de PDP qui sont notés a posteriori par la chercheuse en écoutant les enregistrements audios des rencontres cliniques. Chaque élément est noté sur une échelle de Likert de 0 à 4, représentant des niveaux croissants d'effort observé chez le thérapeute (un score de **0** correspond à aucun effort, **1** à un effort minimal, **2** à un effort modéré, **3** à un effort maîtrisé, et **4** à un effort exemplaire. Le score maximal de l'instrument OPTION-5 est de 20, standardisé sur une échelle de 0 à 100. Plus le score est élevé, plus la compétence en PDP est grande, avec un seuil de 60 % considéré comme le niveau minimal significatif.

4.5.1.1. Méthode d'analyse

Ce questionnaire fut rempli en février 2025 en écoutant les consultations précédemment enregistrées via une application d'enregistrement audio sur le téléphone de la chercheuse.

Pour bien comprendre comment utiliser le questionnaire OPTION-5, nous nous sommes formés à l'aide du manuel fourni par les auteurs de l'outil (Elwyn, 2014). Ce guide accompagne le lecteur dans le travail d'évaluation des cinq items du questionnaire. Pour chacun des items, il fournit des exemples concrets de formulations verbales pouvant être entendus par les thérapeutes (voir tableau 7).

Tableau 5. Exemples d'efforts explicites

OPTION 5 : ITEM 1
<p>Pour le problème de santé discuté, le clinicien signale qu'il existe différentes options de traitement ou de gestion, ou confirme qu'une décision doit être prise.</p> <p>Si c'est le patient qui évoque ces options, le clinicien reconnaît leur existence et confirme qu'elles doivent être envisagées.</p>
<p>1 = EFFORT MINIMAL</p> <p><i>« Il existe plusieurs manières de faire (...) » ; « (...) un éventail d'options (...) » ; « de nombreux choix sont possibles (...) »</i></p>
<p>2 = EFFORT MODÉRÉ</p> <p><i>« D'autres options existent (...) » ; « nous devons réfléchir pour déterminer la meilleure solution et choisir parmi plusieurs possibilités. »</i></p>
<p>3 = EFFORT EXPERT</p> <p><i>« Ces différentes options sont proposées car il est raisonnable de les envisager ; chacune présente des avantages et des inconvénients... Les réactions varient d'une personne à l'autre, d'où l'importance de les comparer afin de choisir ce qui correspond le mieux à votre situation. »</i></p>
<p>3 = EFFORT EXEMPLAIRE</p> <p><i>« Maintenant que nous sommes d'accord sur le problème (ou le diagnostic), envisageons les prochaines étapes (prise en charge/traitement/examen). Comme dans de nombreuses situations, il existe plusieurs possibilités, chacune différente. Voulez-vous que je vous explique ces alternatives ? Mon objectif est que vous compreniez mieux ces options, puis que vous m'indiquiez ce qui compte le plus pour vous. Les priorités varient selon chacun·e ; je souhaite donc comprendre les vôtres. »</i></p>

Source : Observer OPTION-5 Manual, Elwyn (2014)

Cette ressource nous a aidées à mieux cerner les nuances entre les différents degrés d'implication.

Au début décembre 2024, nous avons également eu la chance d'échanger avec Jane Beazley, co-autrice de la première étude ayant utilisé le questionnaire OPTION-12 auprès d'étudiants en ostéopathie (Rajendran et al., 2019), afin de mieux comprendre leur démarche méthodologique et d'analyse des données.

En février 2025, nous avons écouté trois fois chacun des enregistrements audios des consultations. À chaque écoute, nous avons rempli le questionnaire OPTION-5, en ajustant les scores lorsque de nouvelles nuances ressortaient. Ensuite, pour plus de rigueur et de constance dans notre analyse, nous avons noté par écrit les raisons qui justifiaient les scores attribués pour chacun des 5 items. Cette façon de faire nous a permis de rester cohérentes et attentives aux subtilités présentes dans les échanges.

4.5.2. Observation & grille d'observation qualitative

L'observation directe permet au chercheur de dresser un portrait nuancé d'une situation en milieu naturel et elle est particulièrement indiquée lorsque les interactions sociales sont au cœur de la recherche (Willig & Stainton-Rogers, 2017). Elle donne accès à la dynamique en temps réel, permettant de voir comment les actions de l'un influencent celles de l'autre, et ainsi de mieux comprendre la complexité des échanges entre deux personnes (Guikas, 2016).

Bien que la présence d'un observateur puisse induire un biais de désirabilité sociale, ce choix méthodologique s'est imposé dans notre cas. En effet, les études ayant utilisé l'instrument OPTION ont souvent privilégié des enregistrements audios réalisés en

l'absence d'un observateur. Cependant, considérant le caractère qualitatif de notre étude, la présence sur le terrain nous a permis de mieux capter les subtilités des interactions ainsi que les éléments contextuels influençant la relation thérapeutique.

En nous appuyant sur les lignes directrices pour l'application de l'approche personne-centrée en thérapie manuelle, proposées par Miciak et al. (2018, 2019) Caneiro et al. (2020) et Hutting et al. (2019, 2022) (voir figures 1, 2 et 3), nous avons élaboré une grille d'observation qualitative (voir Annexe 4) visant à aider la chercheuse à reconnaître la variété des comportements de PDP possibles. Comme expliqué dans la section **2.2.3** et dans la **figure 1**, les deux volets des lignes directrices pour l'application de l'approche personne-centrée en thérapie manuelle mobilisent le principe de partage des pouvoirs décisionnels. Comme expliqué dans la recension des écrits, la PDP en thérapie manuelle ne concerne pas qu'un choix entre deux options thérapeutiques, elle vise plutôt **la création d'un climat thérapeutique propice au dialogue bi-directionnel ou les caractéristiques uniques de chaque personne sont sollicités et pris en compte, et où le professionnel vise à soutenir le développement de l'autonomie du patient.**

4.5.2.1. Méthode d'analyse

Les observations furent enregistrées en janvier 2025 via une application d'enregistrement audio sur le téléphone de l'observatrice puis téléversée sur ordinateur. En février 2025 les audio furent convertis en texte manuellement avec l'aide ponctuel de *O'transcribe*.

Lors des consultations, la grille d'observation a été remplie en temps réel, puis complétée trois semaines plus tard à l'aide de deux écoutes attentives des enregistrements audios. Basé

sur la compréhension que chaque volet et sous-catégorie des lignes directrices personne-centrée repose sur le principe de la PDP, la question qui guidait notre écoute durant les observations était : « Est-ce que ce comportement correspond à l'une des sous-catégories de notre grille d'analyse ? ».

Un décompte des comportements observés a ensuite été réalisé pour chaque sous-catégorie, dans le but de dégager un portrait descriptif et de mettre en évidence les tendances d'utilisation propres à chacune.

Dans un second temps, chaque comportement jugé pertinent a été retranscrit dans un tableau Excel et codé à l'aide de deux colonnes. La première colonne posait la question suivante : « Ce comportement favorise-t-il un climat de partage du pouvoir décisionnel, c'est-à-dire permet-il au moins un des éléments suivants : la réflexion, le dialogue bi-directionnel, la délibération, le développement de l'autonomie ou la collaboration vers la construction d'un plan de traitement ? ». Poser cette question nous a permis de valider que les comportements recensés à l'aide de la grille d'observation relevaient bel et bien de la PDP. Les choix de réponse, accessibles par un menu déroulant, étaient : « oui », « non », et « incertain ».

La deuxième colonne visait à qualifier la nature du comportement observé en posant la question : « De quel type s'agit-il ? ». Les choix de réponse étaient : « explicite », « implicite », « inductif », « dure à dire » et « ne s'applique pas ». L'étiquette « inductif » désignait les comportements qui ne correspondaient à aucune des catégories établies dans la grille, mais qui semblaient néanmoins pertinents au regard de la question de recherche. Ces

catégories ont émergé de manière intuitive au fil de l'analyse, en réponse à la diversité des manifestations observées. Un tableau croisé dynamique a ensuite été créé à partir des comportements recensés et des deux colonnes de classification, afin de mieux visualiser le résultat.

4.5.2.2. Définition opérationnelle de la PDP

La définition utilisée pour déterminer si un comportement observé relevait de la PDP était la suivante : **Un comportement qui favorise un climat relationnel permettant au moins un des éléments suivants : la réflexion, le dialogue bi-directionnel, la délibération, le développement de l'autonomie ou la collaboration vers la construction d'un plan de traitement.** Nous avons intentionnellement décidé de ne pas inclure les éléments « partage d'information » et « présentation d'options de traitement » dans la définition opérationnelle pour trois raisons : Premièrement, nous cherchions une définition pouvant relever les formes de PDP applicable au contexte de la thérapie manuelle. Deuxièmement, les notions de partage d'information et d'option de traitement sont prévues à même l'outil OPTION et les lignes directrices. Troisièmement, bien qu'ils soient caractéristiques d'une PDP, ces notions ne constituent pas des critères suffisants à une PDP. Notre décision est appuyée par les travaux de Charles et al. (1997), qui affirment que l'échange d'informations, bien que nécessaire, n'est pas en soi garant d'une décision réellement partagée. De plus, Elwyn et al. (2005) soutiennent que limiter la PDP aux seules situations où plusieurs options thérapeutiques sont disponibles est trop restrictif, et qu'il est essentiel de créer, à chaque rencontre, un espace qui permette l'exploration des préférences, des incertitudes et du sens que le patient donne à son problème de santé. Nous avons ainsi privilégié une définition qui

valorise le climat relationnel propice à la PDP, dans laquelle l'intention de co-construire – même en dehors d'un choix formel entre plusieurs traitements – est au cœur de l'analyse. Cette définition permet d'inclure des manifestations de la PDP plus subtiles ou implicites.

4.5.2.3. Définition opérationnelle des formes explicites et implicites de PDP

À notre connaissance, aucun auteur n'a proposé de définition formelle des formes *implicites* et *explicites* de la PDP. Toutefois, plusieurs écrits reconnaissent cette distinction et la valeur de chacune dans la co-construction du soin (Charles et al., 1997; Elwyn et al., 2005; Espírito Santo et al., 2023; Esteves et al., 2020; Leach et al., 2014; McParlin et al., 2022).

La revue de la littérature valide l'emploi de l'outil OPTION-5 pour repérer la présence ou l'absence de comportements explicites associés à la PDP. Toutefois, puisque notre question de recherche vise à comprendre *comment* la PDP se manifeste en consultation ostéopathique, il nous fallait un outil capable de rendre compte de la diversité des formes qu'elle peut prendre, y compris les plus subtiles. La PDP implicite est difficile à capter à l'aide d'un outil quantitatif standardisé et demeure à ce jour peu évaluée. C'est dans cette perspective que nous avons développé la grille d'observation. Bien que cette démarche ne repose pas sur un cadre théorique formel, elle s'inscrit dans la nature exploratoire de cette étude.

Dans le cadre de cette étude, nous définissons deux formes possibles de PDP :

PDP explicite

Définie comme « **Tout comportement du clinicien visant directement à impliquer le patient dans une décision clinique entre différentes options de traitement.** » Ces comportements sont alignés sur les cinq items du questionnaire OPTION-5, à savoir :

- Reconnaître l'existence de différentes options disponibles pour lesquelles un choix doit être fait ;
- Verbaliser son soutien au patient durant le processus de décision ;
- Fournir des informations relatives à ces options ou vérifier la compréhension des choix envisagés (incluant l'option de ne pas agir) ;
- Recueillir les préférences du patient en lien avec les options présentées ;
- Clarifier le choix qui répond le mieux aux préférences recueillies.

PDP implicite

Définie comme « **Tout comportement favorisant l'implication de la personne qui consulte dans les décisions concernant sa santé, sans nécessairement passer par une formulation explicite de ces décisions.** » Ces comportements sont alignés sur les lignes directrices personne-centrée, à savoir :

- Reconnaître la personne dans son intégralité
- Utiliser le corps comme pivot
- Faire don de soi
- Adopter une communication BPS personne-centrée
- Accompagner via l'auto-gestion

- Enseigner via des méthodes actives
- Référencer pour adresser les co-morbidités

Notez que certains des comportements relevés via les lignes directrices personnes-centrées peuvent également être explicites si le thérapeute ou le patient nomme explicitement le un besoin de faire un choix entre plusieurs options.

4.5.3. Entrevues semi-dirigées

Lors d'une entrevue semi-dirigée, le chercheur élabore à l'avance un guide comportant des questions ciblées sur les notions à explorer. L'enchaînement de ces questions reste souple : elles peuvent en modifier l'ordre, les reformuler selon le vocabulaire de l'interviewé et les insérer à des moments opportuns de la discussion. À la différence de l'entretien non-directif, où aucune question n'est prédéfinie, l'entrevue semi-dirigée assure une cohérence des thèmes abordés et des réponses collectées d'un participant à l'autre, ce qui facilite l'organisation et la comparabilité des données. De plus, ce format laisse aux personnes interrogées la latitude de développer plus longuement les points qu'elles estiment particulièrement importants ou signifiants pour elles (Imbert, 2010).

Dans la conception des questions d'entrevue, nous avons cherché à ouvrir un espace de réflexion pour les ostéopathes sur leur manière d'impliquer les patientes dans le processus de soin. Plutôt que de parler directement de « prise de décision partagée », un terme encore peu connu, peu enseigné et peu utilisé en ostéopathie, nous avons fait le choix de l'aborder

de façon indirecte. Nous craignons que le terme lui-même puisse limiter ou influencer les réponses.

En posant des questions ouvertes, formulées simplement, notre intention était d'encourager des réponses spontanées, ancrées dans leur expérience, sans imposer un cadre théorique ou un vocabulaire spécifique. Nous souhaitons comprendre ce que signifie pour eux établir un partenariat avec leurs patients, comment ils les impliquent dans la prise en charge de leur santé, et s'il existe des exceptions (voir Annexe 3). Ces questions étaient pour nous une manière d'aller à la rencontre de leurs réflexions profondes, parfois implicites, sur ce qu'ils considèrent important dans la notion du partage des pouvoirs décisionnels dans le soin de santé.

L'entrevue comportant trois questions ouvertes a été réalisée immédiatement après les observations en janvier 2025 à même le local de l'ostéopathe, en utilisant la même application audio que pour les consultations. L'entretien avec O1, réalisé en premier, a été significativement plus court (6 minutes) que le temps prévu de 15 minutes. Ce décalage s'explique par un manque d'aisance et d'expérience de la chercheuse, qui a mis fin à l'échange après les trois premières questions sans approfondir les pistes évoquées. Les deux entretiens suivants, avec O2 et O3, ont duré respectivement 16 et 14 minutes. Elles ont ensuite été transcrites en février 2025 par *O'transcribe* puis codées avec *Taguette*.

4.5.3.1. Méthode d'analyse

Pour assurer une analyse rigoureuse et systématique des entrevues semi-dirigées, nous avons appliqué le processus d'analyse thématique tel que proposé par Braun et Clarke (2013). L'analyse thématique est une méthode permettant d'identifier, d'analyser et de rendre compte des motifs (thèmes) présents dans les données. Ce processus de recherche des thèmes clés se décompose en six étapes :

1. Transcription et familiarisation avec les données

Nous nous sommes immergés dans les données en lisant et relisant les transcriptions afin d'identifier, dès le départ, des passages pertinents et riches en informations. À cette étape, nous avons sélectionné des citations qui semblaient représentatives des expériences et des points de vue exprimés.

2. Sélection de mots-clés

En se basant sur les passages sélectionnés, nous avons extrait des mots ou des expressions significatives. Ces mots devaient répondre aux critères suivants : refléter les expériences réelles des participants, être riches en sens et présenter une récurrence dans le discours.

3. Codage

À partir de ces mots-clés, nous avons attribué des codes aux segments de

texte pertinents. Le codage permet de condenser les données en unités conceptuelles qui capturent l'essence des idées exprimées par les participants.

4. Rechercher les thèmes

Une fois que l'ensemble des données était codé, nous avons regroupé les codes similaires en catégories plus larges. Ces catégories ont ensuite été raffinées pour dégager des thèmes – des patterns abstraits qui répondent à la question de recherche sur comment la PDP se manifeste en ostéopathie.

5. Conceptualisation par interprétation

L'objectif ici est de donner du sens aux thèmes, comprendre leurs interactions. Nous avons cherché à interpréter les thèmes en les reliant aux concepts théoriques et aux cadres existants.

Par exemple, dans ce contexte, le terme « **autonomie** » résulte d'un processus de questionnement et de soutien du patient : clarifier les consignes et proposer des outils garantit que le patient soit en mesure de mettre en œuvre les décisions co-construites.

6. Développement des thèmes centraux

Nous visons ici à formuler des thèmes finaux qui répondent à la question de recherche. Nous avons rédigé la définition de chaque thème, en précisant son cœur conceptuel et la façon dont il se déploie.

4.5.4. Triangulation méthodologique

La triangulation vise à croiser différentes sources de données portant sur un même phénomène, afin d'enrichir l'analyse et de renforcer la validité des résultats (Bans-Akutey & Tiimub, 2021). Les trois méthodes de collecte présentées précédemment — observation directe, questionnaire OPTION-5 et entrevue semi-dirigée — ont été mobilisées dans cette démarche. Pour réaliser la triangulation des données, nous avons utilisé comme point de départ le tableau Excel dans lequel étaient consignés les comportements observés jugés pertinents lors des consultations ostéopathiques. Chaque comportement y était déjà catégorisé selon sa validité en tant que comportement PDP (oui, non, incertain), ainsi que selon son type (implicite, explicite, inductif, dure à dire ou non applicable). À ce même tableau, nous avons ajouté deux colonnes supplémentaires : l'une intitulée « **Item OPTION-5** », et « **Thèmes d'entrevue** ».

Dans la colonne « Item OPTION-5 », un menu déroulant permettait d'indiquer pour chaque comportement observé s'il correspondait à la présence d'un des cinq items de l'outil (par exemple : « Présence de l'item 1 », « Présence de l'item 2 ») suivi d'une option « non applicable à l'outil ».

Dans la colonne « Thèmes d'entrevue », un autre menu déroulant permettait d'associer le comportement observé à l'un ou plusieurs des trois grands thèmes issus de l'analyse thématique des entrevues.

Cette structuration (voir annexe 5) nous permettrait de croiser de manière systématique les trois sources de données afin de faire émerger des points de convergence, de divergence et de complémentarité.

5. RÉSULTATS

Cette section vise à répondre à la question de recherche suivante : Comment la prise de décision partagée se manifeste-t-elle dans les pratiques des ostéopathes ? L'objectif de l'étude est de documenter les formes de PDP observables en pratique ostéopathique. Pour ce faire, nous avons combiné trois outils de collectes de données : un outil observationnel appelé OPTION-5, qui quantifie les efforts explicites de PDP en consultation clinique, une grille d'observation, inspirée des comportements personne-centrés, qui elle est sensible aux différents types de PDP (explicite, implicite, autres ?) et au climat (collaboratif ou prescriptif) qui sous-tend ces comportements, ainsi que des entretiens semi-structurés qui eux permettent d'approfondir la perception des ostéopathes concernant les thèmes du partenariat thérapeutique et l'implication des patients. Grâce à cette démarche multi-méthodes, nous avons pu identifier tant la fréquence que la nature des comportements associés à la PDP.

5.1. Résultats du questionnaire OPTION (outil quantitatif)

L'analyse des données d'observation codées avec l'outil OPTION-5 révèle des scores généralement faibles dans l'ensemble des interactions observées. Le tableau ci-bas (voir. Tableau 6) illustre le degré de compétence atteint pour chacune des composantes de la PDP.

Tableau 6. Degré de compétence atteint par item sur l’outil OPTION-5

Scores Option5					
	Degré de compétence atteint pour chacun des 5 comportements (n = 3)				
	Echelle de likert				
	0	1	2	3	4
Item 1 Reconnaissance des options disponibles	0 % (0)	66,6 % (2)	33,3% (1)	0%	0%
Item 2 Soutien à la délibération / former partenariat	33,3% (1)	33,3% (1)	33,3% (1)	0%	0%
Item 3 Information et vérification de la compréhension	33,3% (1)	66,6% (2)	0%	0%	0%
Item 4 Sollicitation des préférences de la patient.e	100% (3)	0%	0%	0%	0%
Item 5 Intégration des préférences durant décisions	100% (3)	0%	0%	0%	0%

Les résultats montrent que tous les ostéopathes reconnaissent au minimum l'existence de différentes options de traitement (item 1). Seul un ostéopathe sur trois fait un effort modéré pour confirmer qu'il aidera la patiente à s'informer et réfléchir aux différentes options (item 2) et deux sur trois ont démontré un effort minimal pour livrer de l'information aux patientes et vérifier leur compréhension de ces informations (item 3). Des extraits de ces comportements seront présentés dans la prochaine section. En revanche, les items 4 et 5 – exploration et intégration des préférences du patient concernant les options – n'ont enregistré aucun effort.

Tableau 7. Scores par ostéopathe par item sur l’outil OPTION-5

Résultats OPTION-5	O1	O2	O3	Moyenne obtenue (%)
Score total / 20	1	5	3	15%
Item 1 sur /4	1	2	1	33,33%
Item 2 sur /4	0	2	1	25%
Item 3 sur /4	0	1	1	16,66%
Item 4 sur /4	0	0	0	0%
Item 5 sur /4	0	0	0	0%

Le tableau 7 ci-dessus présente les scores obtenus par chacun des ostéopathes, ainsi que leur moyenne collective. Le score moyen s’élève à 15 sur 100, avec des scores individuels variant de 1 à 5 sur 20, ce qui correspond majoritairement à des efforts « minimaux » ou à une absence d’effort observable pour impliquer les patients dans le processus décisionnel, selon les critères du manuel OPTION-5. L’ensemble des scores suggère ainsi que la PDP explicite, telle que définie par cet outil, est peu présente dans les consultations évaluées.

5.2. Résultat de la grille d’observation (outil qualitatif)

L’usage de la grille d’observation personne-centrée a permis de faire ressortir deux formes de résultats. La première porte sur le *type de PDP (explicite, implicite ou inductive)*, tandis que la seconde concerne les *volets et sous-catégories de comportements patient-centrés*.

Les explications de chacune de ces formes sont présentées ci-dessous.

5.2.1. Type de PDP

Sur un total de quarante-huit (48) comportements recensés par la grille d'observation personne-centrée, trente-huit (38) ont été jugés comme des comportements de PDP en se basant sur la définition établie à la section 4.5.2.2. de la méthodologie.

Parmi ces trente-huit (38) comportements jugés propices à la PDP, sept (7) relevaient d'une forme explicite, tandis que vingt-sept (27) relevaient d'une forme implicite, et cinq (5) comportements ont été classés comme inductifs. La catégorisation explicite ou implicite s'appuie sur les définitions méthodologiques établies à la section 4.5.2.3. La section suivante offre un examen qualitatif plus approfondi de ces résultats.

Tableau 8. Résultats des types de PDP observées

Type de PDP	Comportement PDP ?			
	Oui	Non	Incertain	Total
Implicite	29	0	0	
Explicite	7	0	0	
Dure a dire			7	
Inductif	2	0	0	
Inductif et dure a dire			3	
Total	38	0	10	48

5.2.1.1. PDP de type Explicite

La PDP de type explicite est définie comme « tout comportement du clinicien visant directement à impliquer le patient dans une décision clinique entre différentes options de traitement ». Les observations issues de la grille qualitative concordent avec les scores obtenus au questionnaire OPTION-5. Ils démontrent que les comportements qualifiés d'« explicites » sont non seulement peu fréquents, mais qu'ils tendent également à être mis en œuvre de façon incomplète ou peu maîtrisée. Lorsque les thérapeutes offrent des options de traitement, leurs comportements ne contiennent que rarement une véritable dimension de dialogue ou de délibération.

En voici des exemples :

O3 : « *Justement par rapport à ta hanche, le yoga va être intéressant cette semaine, pour aller chercher l'ouverture.* »

O3 : « *Ce soir tu essaies de marcher nu pied pour activer les muscles. Tu ne mets pas de glace.* »

Ces deux extraits ont été qualifiés de comportements de « PDP explicite » car le thérapeute aborde et encourage différentes options de traitement et vise à impliquer la patiente dans la prise en charge de sa santé au-delà de la séance clinique. Vous remarquerez que les invitations à la participation demeurent **principalement prescriptives**, formulées par thérapeute vers la patiente, plutôt que co-construites⁴.

⁴ Le **tableau 5 – Exemples d'efforts explicites** de la section **4.5.1.1** (p.62) illustre les nuances d'une PDP explicite et justifie le classement des certains extraits à un niveau d'effort absent, minimal ou modéré de la part du thérapeute.

Dans l'extrait ci-bas, le thérapeute explicite son mode de fonctionnement et fournit des informations anatomiques à la patiente pour soutenir sa participation. Il vérifie ensuite sa compréhension.

O2 : « *En lien avec l'impact que vous avez eu : j'veais aller voir de façon mécanique si quelque chose est déplacé (il explique que le sacrum se trouve en haut du coccyx et qu'il est svt en cause dans les chutes) si ya quelque chose, j'veais le corriger, et si ya rien j'veais pousser plus loin mon investigation pour voir si ya pas autre chose, ça vous va ?* »

Analysons cet extrait à l'aide des questions proposées dans la section 4.5.2.1. *Méthode d'analyse* (p. 64).

À la première question — « Est-ce que ce comportement correspond à l'une des sous-catégories de notre grille d'analyse? » — la réponse est affirmative.

Le comportement dans cet extrait peut être associé au volet *Connexions significatives*, plus précisément à la sous-catégorie *Utiliser le corps comme pivot*.

Cette classification repose sur plusieurs éléments observables :

- le thérapeute clarifie la problématique physique ainsi que les solutions envisagées ;
- il facilite la connexion de la patiente à son propre corps ;
- il s'appuie sur le toucher pour créer un pont entre la compréhension cognitive et le ressenti corporel.

À leur façon, ces trois points favorisent le développement de l'autonomie de la patiente et visent à soutenir son implication dans sa propre santé.

Ensuite, même si le comportement dans cet extrait est centré sur la recherche de lésions patho-anatomiques et d'asymétries à partir de palpations spécialisées, nous le considérons patient-centré (en opposition à "thérapeute-centré) puisqu'à l'échelle de la séance complète, le clinicien a fourni des efforts pour inclure la patiente dans un processus collaboratif visant à donner un sens à sa situation.

À la deuxième question — « Ce comportement favorise-t-il un climat de partage du pouvoir décisionnel, c'est-à-dire permet-il au moins un des éléments suivants : le dialogue bi-directionnel, la délibération, le développement de l'autonomie ou la collaboration vers la construction d'un plan de traitement ? » — la réponse est ambiguë.

L'usage de la formule « Ça vous va ? » constitue une question fermée orientante : elle entretient l'illusion d'un échange participatif tout en invitant essentiellement à l'acquiescement. Nous avons jugé que l'ostéopathe laissait ici peu d'espace à une négociation ou à l'expression d'un désaccord.

Ensuite, il demeure difficile d'évaluer si ce comportement favorise un climat de collaboration « vers un plan de traitement ». Avec le recul — après avoir observé les trois ostéopathes et relu à plusieurs reprises les travaux décrivant les comportements qui favorisent réellement un tel climat — nous répondrions plutôt **non** ; ce comportement ne correspond pas à une manifestation de prise de décision partagée.

Au moment de l'analyse initiale des données, la chercheuse avait répondu oui à cette question. Elle a classé ce comportement sous la catégorie « PDP explicite », puisqu'elle considérait que le thérapeute expliquait explicitement à sa patiente que plusieurs options de traitement étaient envisageables selon le résultat du bilan palpatoire.

Ce décalage entre l'analyse initiale et l'interprétation ultérieure témoigne de la variabilité et de la complexité inhérente au codage des comportements, ainsi que de la nature évolutive de l'expertise analytique au fil du processus de recherche.

5.2.1.2. PDP de type implicite

La PDP de type implicite est définie comme « tout comportement du clinicien contribuant à créer les conditions favorisant l'implication du patient envers sa santé. » L'analyse des consultations révèle plusieurs formes de PDP implicites qui soutiennent la participation active et individuelle des patients. Ces comportements ne visent pas directement une décision à prendre, mais créent un contexte relationnel propice à l'expression du vécu subjectif, à la co-construction du sens, ou à l'engagement progressif de la patiente. Les extraits ont été classifiés par sous-catégories personne-centrée :

Utiliser le corps comme pivot de la communication

O1 : Ostéo encourage l'intuition corporelle de la patiente « *Tu peux pencher ta tête à gauche si tu veux* »

O1 : (Suite à un sursaut au toucher) « *Ouin, qu'est-ce que ça te fait, c'est quoi la sensation ?* » Patiente : « *Comme si j'avais plus d'ancrage, pas de fulcrum.* » Ostéo : « *Si t'es capable de me dire où dans ton corps se trouve ton ancrage, tu me diras.* »

O3 : « *Comment tu décrirais la sensation dans ton genou ?* » (suivi d'un silence attentif pour laisser le temps de répondre), puis : « *Est-ce que c'est la même sensation à gauche ?* »

Reconnaître la personne dans son intégralité / Encourager le dévoilement de soi

O3 : « *Oui, c'est difficile pour toi de savoir, je comprends. Tu te demandes si cette douleur n'est pas connectée... ouais, c'est difficile des fois de le savoir.* »

O1 : Embarque dans les métaphores de la patiente (« *les chandelles* », « *la muraille de Chine* ») et répond : « *C'est parfait, j'aime ça [tes métaphores]* »

O3 : « *En termes de blessure, dans ton passé, au-delà de ce que tu m'as raconté, est-ce qu'il y a autre chose ? (...) Ok. Autre chose ?* »

O1 : « *Pour moi, c'est super que j'aie toutes ces informations-là.* » (ton rassurant après une confiance de la patiente)

Faire don de soi

O2 : « *Si vous avez des questions n'hésitez pas à appeler, je vais vous répondre par tél, pas besoin de payer pour une consultation.* »

Enseigner des aptitudes d'autogestion

O2 : « *Si je vous touche et ya quelque chose qui est douloureux vous me le dites (...)
je vais faire différemment. Ce qui pour moi est respectable, dans les niveaux de
douleur : imaginez que 0 c'est rien et 10 c'est insupportable ; vous me laisser aller
autour de 3-4. si j'ai besoin d'aller plus haut je vais vous demander permission.
Est-ce que c'est bon pour vous? »*

O3 : « *Quand je te demande si c'est sensible, je n'attends pas forcément un oui. Ce
que tu ressens c'est 50% de l'équation, et moi ce que je vois et ressens, c'est 50%
équation. Si je ne te pose pas la question et que c'est sensible, tu n'hésites pas à me
le dire. »*

Adopter une communication BPS personne-centrée

O2 : « *Attends, je vais te l'expliquer autrement : (...)* »

O3 : « *Est-ce que c'est clair ce que je dis ? Je sais pas si tu me comprends. »*

O1 : vise à préciser les croyances de la patiente « *[tu dis ça] dans le sens que X ou
dans le sens que Y ? »*

O2 : Prononce la phrase « *Ce qu'on peut s'attendre aujourd'hui après le traitement*
». Après l'explication, il demande à la cliente si elle a compris.

Accompagner vers l'autogestion

O3 : Lui explique que les étirements faits avec des petits coup « *C'est très mauvais
pour ton muscle »* et lui montre la bonne façon

Des comportements non verbaux

- ton de voix intéressé et chaleureux,
- silences fertiles (qui permettent un temps d'intégration ou d'élaboration)
- rires et des sourires partagés
- adaptation de sa posture par mimétisme subtil
- adaptation au débit et au lexique du patient

5.2.1.3. PDP de type inductif

La PDP de type inductive est définie comme « tout comportement du clinicien qui impacte la prise de décision partagée mais qui n'avait pas été anticipé ou décrit dans la littérature. »

Nous avons observé deux sous-types de PDP inductive

- **Des décisions exécutives mais expliquées avec transparence**

O3 : *« Au niveau de ta cheville tu n'as rien abîmé. À chaque fois que je te demandais si c'était sensible, je touchais un tendon ou un ligament, si tu avais abîmé, tu aurais eu mal, une douleur assez nette. Par contre, ça aurait pu tirer un peu comme un stress mécanique trop fort, mais rien abîmé sinon t'aurais eu d'autres symptômes. »*

Dans cet ext, le thérapeute construit un raisonnement clinique en temps réel et le partage de façon accessible. Bien que la décision diagnostique soit unilatérale, la démarche explicative crée un effet d'intégration : la patiente comprend comment le thérapeute interprète ses réactions. Cette transparence contribue à une forme de collaboration dans la prise de décision, sans toutefois constituer une offre explicite

de choix.

- **Une réaffirmation de la responsabilité thérapeutique**

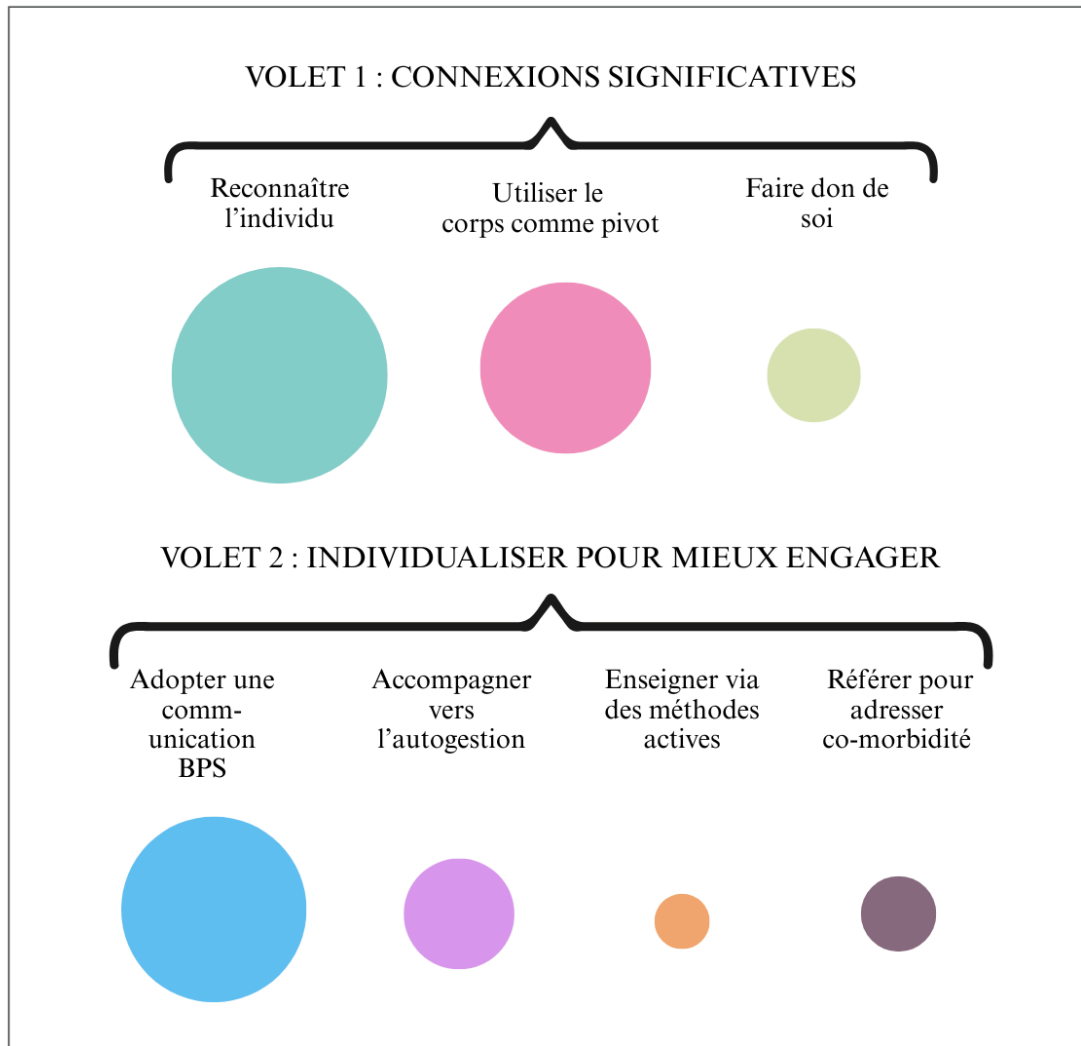
O3 : Quand il nomme qu'il y a une perte de mobilité articulaire, la cliente demande « *donc qu'est-ce que je dois faire?* » Il répond : « *Moi je suis là pour ça. C'est plutôt moi ce que je peux faire.* »

Dans cet extrait, l'ostéopathe clarifie sa responsabilité clinique en assumant explicitement la part du travail qui relève de son expertise. Cette réaffirmation n'a pas pour effet de diminuer l'autonomie de la patiente, mais plutôt de délimiter clairement les rôles de chacun afin de réduire la confusion quant aux attentes thérapeutiques. En distinguant ce qui dépend du thérapeute de ce qui relève de la patiente, il établit une base plus solide pour une collaboration authentique, fondée sur des responsabilités partagées mais non confondues.

5.2.1. Volets et sous-catégories de comportements patient-centrés

L'analyse des comportements observés à l'aide de la grille d'observation a permis de dégager un portrait de la répartition des comportements selon deux volets des lignes directrices personne-centrées (voir **figure 4**)

Figure 4. Fréquence des sous-catégories issues de la grille d'observation



Pour le **volet 1 – Connexions significatives**, les comportements relevant de la sous-catégorie *Reconnaître l'individu* étaient les plus fréquemment observés, suivis de près par ceux associés à la sous-catégorie *Utiliser le corps comme pivot*. La sous-catégorie *Faire don de soi* était présente dans chacune des séances observées, mais se manifestait par des comportements dont la nature même limite leur fréquence d'apparition au cours d'une séance. En effet, ces comportements correspondent généralement à des actions ponctuelles,

susceptibles de survenir une seule fois sans que leur valeur clinique ne soit pour autant diminuée, ce qui se reflète par une fréquence d'observation moindre comparativement aux autres sous-catégories.

Concernant le **volet 2 – Individualiser pour mieux engager**, une proportion importante des comportements observés répondait aux critères de la sous-catégorie *Adopter une communication biopsychosociale (BPS)*. Les trois autres sous-catégories étaient largement moins représentées. Certains comportements ont été classés dans la sous-catégorie *Accompagner vers l'autogestion* malgré leur ton prescriptif (en opposition à un ton collaboratif). La sous-catégorie *Enseigner via des méthodes actives* a été observée une seule fois par l'un des ostéopathes. Finalement, la sous-catégorie *Référer pour adresser une co-morbidité* correspond à des comportements ponctuels, dont l'apparition unique au cours d'une séance est suffisante pour qu'ils soient considérés comme présents, ce qui limite leur comparabilité directe avec des comportements susceptibles de se manifester à de multiples reprises.

L'ensemble de ces résultats suggère une prédominance de comportements relevant d'un partage de responsabilité implicite, principalement exprimé à travers des dimensions relationnelles et somatiques de la pratique, alors que les comportements associés à un partage de responsabilité explicite, orientés vers l'action et l'engagement actif de la personne soignée, sont observés de manière plus limitée.

5.3. Résultats des entretiens semi-dirigés (outil qualitatif)

L'analyse thématique des entretiens a permis de faire émerger trois thèmes récurrents relatifs à comment les ostéopathes comprennent et appliquent la PDP. Le premier thème traite de l'emploi conscient de gestes qui visent l'implication implicite du patient. Le deuxième met en lumière comment chaque ostéopathe interprète le concept de PDP différemment. Enfin, le troisième examine la façon dont les ostéopathes perçoivent et négocient leur pouvoir décisionnel au sein du partenariat avec la personne qui consulte.

5.3.1. La prise de décision partagée comme processus d'adaptation implicite et continue

Dans les consultations observées, la PDP se manifeste plutôt sous la forme d'une adaptation continue, souvent non verbalisée, mais perceptible à travers les gestes, les postures professionnelles et les ajustements subtils opérés tout au long de la séance. Durant les entretiens, les ostéopathes discutent explicitement de ces moments comme des choix thérapeutiques intentionnels.

La participante 1 exprime cette logique d'adaptation en affirmant :

« Mon plan, il est super palpatoire plus que symptomatique. J'ai beau faire tous les liens que je veux dans ma tête, il y aura jamais personne qui peut savoir plus que la personne qui est sur la table »

Elle décrit une approche dans laquelle le plan de traitement émerge en temps réel, à

partir de ce qu'elle perçoit sous ses mains et dans la communication verbale ou non verbale du patient.

De son côté, le participant 3 mobilise une image pour qualifier cette posture adaptative :

« C'est vraiment de bien cerner le patient, de bien le scanner le patient dans le sens c'est quoi ses centres d'intérêt ? C'est quoi sa façon de voir sa problématique ? Surtout si ya de la douleur chronique, est-ce que dans la personne, elle se sent démunie ou est-ce qu'elle est hyper volontaire ? »

Ce « scannage » ne réfère pas à un protocole diagnostique technique, mais à une lecture globale et contextuelle du patient : son état émotionnel, son niveau d'énergie, sa capacité de compréhension, sa culture du soin. En fonction de cette perception, l'ostéopathe ajuste son discours, ses propositions d'exercices, et la nature de son contact palpatoire.

5.3.2. La PDP: valorisée mais interprété différemment

Cette section explore la manière dont les ostéopathes interrogés conçoivent et incarnent la PDP. Elle permet d'accéder aux valeurs, aux représentations internes des thérapeutes concernant ce que signifie, pour eux, « agir en partenariat » avec leurs patients. Leurs propos révèlent qu'il n'existe pas une seule façon de comprendre ou de mettre en œuvre la PDP.

Pour **O2**, le partenariat s'incarne de façon explicite dans une clarification des rôles et une posture de type « coach » ;

« Je suis responsable de lui donner le meilleur de ma présence... tout en étant claire sur ce qui est dans SON ressort ». Il associe la posture de coach à cette dynamique, soulignant l'importance de formuler des consignes précises et de vérifier la compréhension : « Est-ce que c'est possible pour vous de le faire ? Avez-vous besoin d'un outil de support ? » Cette approche vise à responsabiliser le patient en l'aidant à définir concrètement ce qu'il peut accomplir. Il déclare : « J'ai une connaissance que le client n'a pas. Une expertise qu'il n'a pas. Sauf que cette expertise-là ne fait pas en sorte que je suis responsable de la condition du patient. » Cette position affirme la distinction des rôles et la responsabilité conjointe.

Pour **O3**, il repose sur l'adhésion du patient à un projet thérapeutique ;

« Dans le sens, je dois être capable de leur expliquer ce que pour moi ils ont comme problématique, quelle va être mon intervention, qu'est-ce que je fais, qu'est-ce que j'ai fait. ». O3 crée de l'adhésion au traitement en s'assurant que la patiente comprend le traitement. Puis, dans un second temps, il lui offre des outils d'auto-gestion : « si comme là avec la patiente (de la consultation précédant l'entrevue) ; je peux l'aider pour qu'elle ne revienne pas et qu'elle soit autonome dans ses exercices ou dans son hygiène de vie ou ben n'importe quoi, ça va être ça le partenariat, c'est à dire que je suis pas tout seul à travailler. »

Cette posture valorise l'autonomie en encourageant divers types de stratégies d'auto-gestion.

Pour O1, le partenariat se forme en créant un espace de co-construction réflexive, où la relation est un processus vivant, fondé sur l'écoute et l'adaptation continue.

« faire définir ce que ça représente pour eux... des prises de conscience vont aller chercher une responsabilisation. (...) juste les faire observer leur vie. S'ils le font ou pas, après, c'est leur affaire ». Il met l'accent sur la conscience de soi comme levier de changement, dans une posture d'écoute et de miroir. Pour lui, le partenariat est aussi une *« zone thérapeutique... équitable »* où la confiance et l'écoute mutuelle créent un espace unique : *« on travaille ensemble... une bulle thérapeutique qui nous est propre à nous deux ».* Son approche privilégie l'adaptation continue, où le plan de traitement émerge de l'interaction sensorielle et verbale.

5.3.3. La place du pouvoir décisionnel de l'ostéopathe au sein du partenariat

Si les ostéopathes rencontrés valorisent une posture collaborative, leurs récits montrent qu'ils demeurent conscients et porteurs de la responsabilité de tenir le cadre de la séance. Ce thème a été documenté de manière inductive tant dans les observations cliniques que dans les entretiens. Il constitue un thème émergent de l'analyse.

O1 : L'expertise palpatoire comme fil conducteur

O1 explique que les décisions thérapeutiques reposent autant sur les informations recueillies dans le discours du patient que sur les informations perçues par le toucher.

« Au début je, moi je vais, je vais parler plus au début aux gens, pis là si il y a des affaires qui ressortent [à la palpation] des fois qui sont pas sortis dans l'anamnèse fait que là moi je vais [questionner] et m'adapter un peu à ce qu'ils disent [et à] ce qui est sur la table à des zones que je touche, des fois il faut sortir des affaires. (...) tu sais, c'est comme si je mets tout ça ensemble. ». Elle reconnaît que des informations peuvent émerger en dehors de l'anamnèse formelle, et s'adapte à ces signaux

« Je me dis vraiment que le corps le sait plus que moi. Je suis très humble par rapport à mes connaissances versus les tiennes quand ça te concerne. »

Elle décrit une forme de délégation du pouvoir vers le corps du patient, et se positionne comme réceptrice de ce que le corps « dicte », plutôt que comme autorité unique tout en étant consciente de devoir conserver une certaine flexibilité ou une certaine neutralité :

« j'essaie de me mettre dans un état de réception vraiment complet de "C'est quoi son besoin" Puis après ça fonctionne, ça fonctionne pas. Je suis à la bonne place, t'es pas à bonne place. La personne l'a reçu, l'a pas reçu. Après on peut se réadapter aussi des fois pendant. »

Cette citation traduit une posture clinique qui reconnaît l'incertitude inhérente au processus thérapeutique. Elle évalue l'adéquation de ses gestes en fonction de la réception du soin par la personne, et s'autorise à réajuster son intervention en cours de séance.

O3 : S'affirmer pour tenir le cadre

O3 évoque quant à lui la nécessité, dans certaines situations, de tenir une position ferme pour protéger la qualité de la relation thérapeutique et donner une direction au soin :

« Il ne faut pas qu'on s'oublie dans le partenariat. Le patient doit accepter qu'il est maître de sa santé, mais nous aussi on est maître de ce qu'on fait dans notre salle... Parfois, il faut être capable de s'affirmer et de ne pas rester dans le pattern très négatif du patient. »

Dans cette perspective, le pouvoir décisionnel du thérapeute agit comme une structure de soutien. Il exerce un leadership encadrant, qui assume la responsabilité de diriger la patiente vers une évolution favorable de son état de santé, même si cela implique de contrer, voire de confronter, certaines demandes ou attitudes de la patiente.

O2 : Se retirer pour créer de l'espace décisionnel

Enfin, O2 décrit son cheminement personnel vers une posture plus distanciée. Il reconnaît avoir exercé auparavant une forme de sur-implication décisionnelle, qui nuisait à l'engagement du patient :

« Ce que je faisais avant, je voulais plus qu'eux autres... Ça, j'ai arrêté. Je leur proposais plein de choses et eux, ils restaient assis là à dire "Non, ça je veux pas." "Ok, veux-tu faire ça ?" "Non, pas ça non plus." »

Cette expérience de rejet ou d'épuisement décisionnel l'amène à reconfigurer son rôle. Il choisit désormais de se retirer partiellement, en définissant un cadre clair mais en laissant de l'espace au patient pour formuler ses propres préférences ou demandes.

« je vais poser la question "jusqu'où tu es prêt à aller pour aider ta condition ? (...) Es-tu prêt à changer tes habitudes de vie? Es-tu prêt à bouger un peu plus, est tu prêt à couper une chose dans ton alimentation, et je ne te dirais même pas laquelle, celle que tu sais qui

est pas bonne pour toi. Là souvent ils vont faire “ah ouin..” (...) Ok, t'es tu prêt ? Ben moi je vais t'aider jusqu'à où tu es prêt. »

Ce retrait, que l'ostéopathe qualifie de « parfois inconfortable » car il expose le thérapeute et le patient à la vulnérabilité du processus décisionnel, devient une stratégie d'autonomisation.

En résumé, ces témoignages illustrent différentes formes d'autorité clinique qui selon l'ostéopathe contribue à la participation du patient.

6. DISCUSSION

Dans cette section, nous discutons des résultats obtenus au moyen de nos trois outils de collectes de données pour répondre à la question : « Comment la prise de décision partagée se manifeste-t-elle dans la pratique ostéopathique ? ». La discussion s'articule autour de plusieurs thèmes émergents : la faible occurrence de comportements de PDP explicite selon les critères établis par OPTION-5, la forte présence des comportements de PDP implicites et comment justifier leur valeur basées sur des données probantes, des pistes pour mieux mesurer la PDP en thérapie manuelle, et l'émergence de formes inductives de PDP. À chaque étape, nous confrontons nos données aux travaux existants et proposons des perspectives pour renforcer la mise en œuvre de la PDP en ostéopathie.

6. 1. Implicite et explicite dans la PDP : une complémentarité à explorer

Les résultats de cette étude suggèrent que la prise de décision partagée en ostéopathie s'exprime principalement à travers des formes implicites de partage de responsabilité. Elles sont portées par la relation thérapeutique, la communication et l'engagement somatique. Si ces dimensions constituent des assises essentielles d'une pratique personne-centrée, leur prédominance soulève la question de la place accordée aux formes explicites de partage de responsabilité, notamment celles qui visent l'engagement actif de la personne soignée dans l'action et l'autogestion.

À la lumière de la littérature mobilisée dans ce mémoire, qui met en évidence les limites du modèle biomédical traditionnel en matière d'autonomisation et souligne les bénéfices associés à une participation active des patients dans leur trajectoire de soins, ces résultats invitent à réfléchir à la manière dont l'ostéopathie pourrait expliciter davantage certains processus décisionnels. L'explicitation du partage de responsabilité, par exemple à travers l'enseignement de stratégies d'autogestion ou l'utilisation de méthodes pédagogiques actives, pourrait ainsi constituer un levier supplémentaire pour soutenir l'autonomie des personnes soignées, sans remettre en question la richesse relationnelle déjà présente dans la pratique.

Cette perspective ne vise pas à opposer les formes implicites et explicites de la prise de décision partagée, mais plutôt à envisager leur complémentarité. Dans cette optique, l'ostéopathie pourrait tirer profit d'un équilibre accru entre une relation thérapeutique incarnée et une mise en mots plus explicite des rôles, des choix et des responsabilités, afin de soutenir une participation à la hauteur des réalités, des capacités et des préférences des personnes soignées.

6.1.1. Fixation d'objectifs thérapeutiques comme substitut aux options de traitement en thérapie manuelle

Les scores obtenus via l'outil OPTION-5 et via la grille d'observation suggèrent une mobilisation très limitée des composantes explicites de la PDP telles que définies par Elwyn et al. Cette faible performance, bien en deçà du seuil de passage proposé par les auteurs de l'instrument, invite à interroger les pratiques communicationnelles observées et enseignées chez les ostéopathes. Elle soulève aussi des réflexions quant au concept d'options de traitement en contexte de thérapie manuelle.

Une des raisons qui explique les faibles scores à l'outil OPTION-5 est que les items 1 à 5 sont construits autour du concept d'options de traitement. Dans cette logique, si la question 1 — qui évalue la capacité du clinicien à expliciter l'existence d'un choix thérapeutique — obtient un score faible, les autres items sont nécessairement contraints à des scores faibles. Selon OPTION, l'acte d'expliquer les options de traitement est le point d'entrée obligé de la PDP. Or, dans un contexte comme celui de l'ostéopathie, où la nature des interventions est souvent plus intégrée et fluide que dans les approches médicales conventionnelles, les ostéopathes peuvent difficilement proposer des options de traitement distinctes et exclusives (Tousignant-Laflamme et al., 2017). Cette spécificité soulève un défi méthodologique : comment rendre explicites des formes de PDP lorsque la structure du soin ne se prête pas aisément à une délibération sur des choix thérapeutiques ?

Dans cette optique, une piste d'adaptation pour favoriser des formes explicites de PDP en ostéopathie serait de recentrer l'attention, non pas sur les options de traitement, mais sur la fixation d'objectifs thérapeutiques (*goal-setting*). Bien implanté en physiothérapie (Gayton

& Monga, 2023; Rose et al., 2017), le *goal-setting* s'arrime à la logique professionnelle de cette discipline, notamment parce qu'il soutient une approche active, individualisée et orientée vers le changement fonctionnel. Il contribue ainsi à renforcer l'autogestion du patient, tout en structurant une alliance thérapeutique durable (Hutting et al., 2019).

Cette logique pourrait être transposée à l'ostéopathie, moyennant des formations visant à soutenir les cliniciens dans l'explicitation du cadre thérapeutique patient-centré et dans la co-construire des objectifs thérapeutiques en contexte ostéopathique.

6.2. Formes implicites de PDP et données probantes

Durant les entrevues semi-dirigées, l'ensemble des ostéopathes ont affirmé de manière explicite qu'ils mobilisaient consciemment des comportements **implicites** pour favoriser un partenariat thérapeutique. Autrement dit, bien que ces gestes ne soient pas toujours verbalisés ni structurés comme des choix thérapeutiques explicites, les ostéopathes visent activement à créer un cadre relationnel dans lequel le patient se sent écouté, respecté et impliqué. Ces comportements — tels que “favoriser le dévoilement de soi”, “fournir des explications claires des résultats”, ou “poser des questions ouvertes et réflexives” — sont ancrés dans la culture ostéopathique. Ils traduisent une volonté de co-construire l'expérience clinique avec le patient et s'inscrivent dans la philosophie de l'approche personne-centrée même s'ils représentent une forme implicite de PDP, difficile à saisir par des outils standardisés comme l'OPTION-5.

Cela dit, la profession se trouve aujourd'hui à un point charnière, confrontée à la nécessité d'articuler ses approches relationnelles implicites avec des modèles de raisonnement clinique fondés sur les données probantes. Comme l'ont noté Thomson et al. (2013), une

tension existe entre un modèle ostéopathique « traditionnel », centré sur la palpation et la détection de dysfonctions biomécaniques, et un modèle plus moderne qui intègre la complexité des facteurs neurobiopsychosociaux.

Certains auteurs, comme Espírito Santo et al.(2023) et McParlin et al. (2022) proposent de dépasser cette opposition en s'appuyant sur des cadres conceptuels issus des sciences cognitives et phénoménologiques, tels que l'énaction et l'inférence active. Ces approches offrent des justifications théoriques contemporaines à des pratiques cliniques subtiles et intuitives. L'énaction conçoit l'expérience comme un processus émergent des interactions constantes entre le corps, l'esprit et l'environnement. L'inférence active, quant à elle, explique comment le cerveau anticipe, ajuste et génère des actions à partir de prédictions sensorielles. Ensemble, ces cadres offrent un fondement scientifique pour comprendre comment les gestes subtils, l'écoute incarnée, et la synchronisation client-thérapeute peuvent participer à un processus décisionnel partagé, bien que implicite et non verbal.

Ainsi, la valorisation des formes implicites de PDP — lorsqu'elles s'inscrivent dans un cadre conceptuel appuyé par les données probantes — ne traduit pas nécessairement une dérive vers une mentalité thérapeute-centrée. Au contraire, elle peut constituer une voie d'intégration féconde entre la tradition ostéopathique et les exigences contemporaines des soins centrés sur la personne.

6.3. Mieux mesurer la PDP ; tant implicite qu'explicite

6.3.1. Évaluer la PDP dans son contexte relationnel et dans le temps

L'expérience de classification a mis en évidence à quel point ces manifestations sont sensibles au contexte relationnel dans lequel elles émergent. Certains comportements, pris isolément, pouvaient sembler directifs ou paternalistes alors que, replacés dans la dynamique globale, ils s'inscrivaient dans une interaction collaborative et inclusive. Inversement, d'autres comportements paraissaient propices à la PDP — par exemple un enseignement sur l'autogestion — mais des éléments subtils, comme le ton de voix, le manque d'espace laissé à la réponse du patient, la rapidité de l'échange ou le langage corporel employé, venaient semer le doute chez la chercheuse.

Remettre chaque comportement dans son contexte relationnel permettait donc de mieux l'interpréter, mais le niveau de subjectivité inhérent au processus rendait l'exercice d'analyse particulièrement ardu.

Ce constat est appuyé par Charles et al. (1997), quand ils mentionnent que : « *The same observation could yield several different stories or interpretations* ». Autrement dit, une même observation peut revêtir des significations différentes pour différentes personnes.

La PDP s'évalue difficilement comme un comportement ponctuel et décontextualisé, et gagne à être comprise dans la continuité d'une relation thérapeutique. Pellerin et al. (2011) soulignent que l'outil OPTION-5 risque de sous-estimer la PDP, justement parce qu'il ne tient pas compte du caractère dynamique de la relation soignant-patient dans la durée. Dierckx et al. (2013) vont dans le même sens, en notant que dans le contexte de la

physiothérapie, les interactions entre clinicien et patient se déroulent sur plusieurs rencontres, et qu'en conséquence, l'évaluation de la PDP sur une seule consultation offre une vision partielle du processus décisionnel.

Dans cette perspective, une piste prometteuse serait d'inclure, en complément de l'observation, l'évaluation de la PDP du point de vue du patient, notamment à l'aide d'outils de type PROM (Patient-Reported Outcome Measures) spécifiquement conçu pour évaluer la perception de PDP chez les patients. L'outil **collaboRATE**, développé par Barr et al. (2014) répond à cet objectif. Il s'agit d'un questionnaire en trois items qui invite les patients à évaluer, sur une échelle graduée, le degré d'effort déployé par le professionnel de santé pour : (1) les aider à comprendre leurs problèmes de santé, (2) écouter ce qui compte le plus pour eux à ce sujet, et (3) inclure ces éléments dans les décisions à venir.

Ce type d'instrument permet de prendre en compte la subjectivité de la personne soignée, et ainsi de mieux cerner la qualité de la PDP telle qu'elle est vécue dans le cadre de la relation thérapeutique.

6.4 Les comportements inductifs

Un autre point issu de notre grille d'observation est l'émergence de comportements que nous avons qualifiés d'« inductifs », c'est-à-dire des manifestations de la PDP qui n'avaient pas été anticipées ou décrites dans la littérature consultée. Avec le recul, ces comportements semblent pourtant jouer un rôle important dans la répartition du pouvoir décisionnel entre patient et thérapeute.

Un de ces comportements inductifs touche à la clarification des rôles dans la relation thérapeutique : il s'agit de moments où le thérapeute explicite ce qui relève de sa responsabilité et ce qui revient au patient. Cette mise en mots des responsabilités respectives contribue à établir un cadre de collaboration.

6.4.1. Responsabilité thérapeutique

Le fait de nommer clairement des affirmations telles que : « Si je fais bien mon travail, vous ne devriez pas être obligée de faire les exercices » ou encore « Moi, je suis là pour ça. C'est plutôt moi ce que je peux faire [pour vous] » contribue à ouvrir un espace de partage des responsabilités dans la relation thérapeutique.

Dans ce type de partenariat, le thérapeute assume pleinement sa responsabilité clinique, et c'est justement en le faisant qu'il clarifie et rend visibles les marges d'autonomie du patient. Ce positionnement peut sembler en tension avec certaines conceptions dominantes de la PDP, pourtant, les travaux comme ceux de Makoul & Clayman (2006) ou Joseph-Williams et al. (2014) soutiennent cette idée : la qualité de la PDP repose autant sur la capacité du thérapeute à expliciter les zones de décision partagées que celles qui n'en sont pas. Joseph-Williams et al. identifient plusieurs facteurs contextuels et relationnels qui influencent la participation du patient à la PDP, et insistent notamment sur l'importance pour le patient de savoir clairement ce qui peut être négocié ou pas au sein de la consultation.

Ces comportements inductifs liés à l'autorité et à la responsabilité du thérapeute apparaissent ainsi cohérents avec les préférences exprimées par plusieurs patients dans la

littérature (Chewning et al., 2012). Ceux-ci souhaitent être écoutés, compris, et intégrés au processus décisionnel, tout en déléguant souvent — en tout ou en partie — la décision finale au clinicien. Ce désir d'un partenariat asymétrique mais respectueux met en lumière une forme de PDP inductive, moins centrée sur la délibération d'options explicite, mais fondée sur la clarté des rôles.

6.5. Forces de l'étude

Originalité du devis et accès direct aux pratiques ostéopathiques

Cette recherche se distingue par son originalité : à notre connaissance, il s'agit de la première à observer directement des séances d'ostéopathie afin d'y repérer les manifestations qualitatives de la PDP. L'observation *in situ* constitue une force majeure puisqu'elle permet d'accéder à des éléments subtils des interactions thérapeutiques — gestes, postures, ajustements relationnels, micro-interruptions — qui échappent souvent aux méthodes auto-rapportées.

Cependant, cette proximité avec le terrain introduit un biais clair : la possibilité d'un effet de désirabilité sociale. La présence de l'observatrice peut amener les ostéopathes à accentuer certains comportements perçus comme souhaitables ou professionnels, ce qui limite la spontanéité des interactions et peut sur-représenter des comportements valorisés en contexte thérapeutique.

Expérience clinique des ostéopathes participants

Le haut niveau d'expérience des ostéopathes observés (plus de dix ans de pratique chacun) a enrichi la qualité des données recueillies. Leur aisance clinique et leur familiarité avec la

relation thérapeutique ont facilité l'émergence de manifestations fines de PDP, rendant l'analyse particulièrement riche.

Toutefois, cette même caractéristique constitue un biais important : leur intérêt marqué pour les dimensions relationnelles — lié en partie à notre échantillonnage par convenance — fait en sorte que les participants n'étaient pas représentatifs de l'ensemble de la profession. Ils reflètent probablement un sous-groupe plus sensibilisé au partenariat thérapeutique, ce qui peut entraîner une surestimation de la place de la PDP dans la pratique ostéopathique en général.

Diversité méthodologique

Une autre force importante réside dans la pluralité des outils utilisés : l'OPTION-5, la grille d'observation inspirée des lignes directrices de Hutting *et al.* et les entrevues semi-dirigées. Cette complémentarité méthodologique visait à renforcer la validité interne des analyses et à offrir un portrait plus nuancé de la PDP en ostéopathie.

6.6. Limites de l'étude

Absence de contre-validation

Certaines définitions opérationnelles — notamment celles des formes implicites, explicites et inductives de la PDP — ont été construites par déduction à partir de la littérature, car elles ne sont pas encore stabilisées conceptuellement. Ces définitions n'ont pas été contre-validées par un second évaluateur, comme le recommandent les bonnes pratiques en recherche qualitative. De plus, les concepteurs de l'Observer OPTION-5 recommandent

une double cotation indépendante et des séances de calibration préalables, ce qui n'a pas été possible ici en raison du travail solitaire de la chercheuse. Ces limitations réduisent la fiabilité et la comparabilité des données.

Triangulation difficile

Malgré la diversité méthodologique, la triangulation des données s'est révélée complexe. Premièrement, plusieurs comportements observés ne pouvaient ni être classés clairement comme implicites ou explicites, ni être définis comme des comportements de PDP pris isolément ; leur sens n'émergeait qu'en les replaçant dans un ensemble plus large d'ajustements relationnels et thérapeutiques.

Deuxièmement, les outils utilisés ne ciblaient pas les mêmes niveaux conceptuels. L'OPTION-5 repose sur l'évaluation de comportements explicitement liés aux options de traitement, mais plusieurs de ses items exigent d'inférer des attitudes ou intentions du clinicien (p. ex. « reconnaître » ou « accepter » la contribution du patient), ce qui accroît la subjectivité de la cotation, particulièrement dans des interactions courtes. À l'inverse, la grille d'observation mettait l'accent sur la qualité de l'écoute, du dialogue et de l'accompagnement, sans saisir directement la notion d'options de traitement. De leur côté, les entretiens portaient sur les concepts de partenariat et d'implication du patient dans sa santé, plutôt que spécifiquement sur la prise de décision partagée. Ce décalage conceptuel entre les outils a limité la possibilité de croiser systématiquement les résultats.

Limitations liées à l'expérience et au contexte de la recherche

Le manque d'expérience méthodologique de la chercheuse, l'absence d'un espace de co-réflexion sur les données brutes et les contraintes de temps propres à un projet de fin d'études ont également influencé la capacité à approfondir ou revisiter certains choix analytiques.

Taille de l'échantillon et saturation

La taille de l'échantillon ne nous permet pas d'affirmer que nous avons atteint la saturation. La conduite d'entrevues supplémentaires, si le temps l'avait permis, aurait renforcé les résultats en épuisant davantage les thèmes émergents.

Bien que limitée par plusieurs facteurs méthodologiques, cette étude — réalisée dans le cadre d'un Diplôme d'Études en Ostéopathie — amorce une réflexion nécessaire sur les formes de PDP observables en ostéopathie et ouvre des pistes pour des recherches futures plus robustes et mieux outillées pour intégrer la triangulation.

6.7. Recommandations pour la recherche future

La présente étude ouvre plusieurs pistes de recherche pertinentes pour approfondir la compréhension et l'opérationnalisation de la PDP en ostéopathie. Deux de ces pistes sont particulièrement accessibles pour des projets étudiants, puisqu'elles peuvent être complétées en moins de dix mois et ne nécessitent aucun budget. La troisième, en revanche, conviendrait davantage à un projet de maîtrise ou de doctorat, puisqu'elle exige une équipe de recherche et des ressources plus substantielles.

6.7.1. Projets de recherche accessibles aux étudiants en ostéopathie

Une première piste consisterait à mesurer les scores OPTION-5 d'un échantillon plus large d'ostéopathes expérimentés du Québec (par exemple $n \approx 30$), afin de les comparer à ceux rapportés dans l'étude de Rajendran et al. (2019). Il est intéressant de noter que cette étude était en réalité un projet de fin d'année réalisé par une étudiante en ostéopathie du Royaume-Uni, Jane Beazley, ce qui indique que la reproduction de ce protocole est parfaitement accessible pour des étudiants en ostéopathie au Québec.³²¹⁰

Une deuxième piste, également accessible à des étudiants en ostéopathie, consisterait à sonder de manière systématique la perspective des patients à l'aide du questionnaire **CollaboRATE**. Développé par Elwyn et ses collègues, cet outil bref et facile à administrer mesure l'expérience de la prise de décision partagée du point de vue du patient. Un étudiant pourrait par exemple se positionner à la sortie des consultations dans une clinique d'ostéopathie et inviter les patients à répondre aux trois questions du questionnaire, qui évaluent :

1. Dans quelle mesure a-t-on veillé à les aider dans la compréhension de leur santé?
2. Dans quelle mesure a-t-on écouté leurs préoccupations concernant leur santé?
3. Dans quelle mesure a-t-on tenu compte de ce qui compte pour eux avant de décider de la suite de leur prise en charge?

Cette approche simple et réaliste pour un projet étudiant permettrait de documenter une dimension encore absente de la littérature en ostéopathie : l'expérience des patients en matière de prise de décision partagée, un élément essentiel pour compléter la compréhension actuelle du phénomène.

6.7.2. Projets de recherche avancés

À plus long terme, une piste de recherche particulièrement prometteuse serait de développer et d'évaluer une formation en PDP spécifiquement adaptée aux ostéopathes. Les résultats de l'étude actuelle suggèrent que les cliniciens observés mobilisent largement des comportements implicites (accompagnement, écoute, ajustements relationnels), mais restent peu outillés pour expliciter les options de traitement ou co-construire des objectifs thérapeutiques avec leurs patients. À cet égard, le programme de formation décrit par Coutu et al. (2015) en contexte de réadaptation au travail offre un modèle intéressant : il combine lectures préparatoires (11 heures) et séances interactives (9 heures) centrées sur l'alliance thérapeutique, la PDP et la résolution de conflits, puis évalue les comportements des cliniciens à l'aide de l'outil OPTION lors de consultations audio-enregistrées.

Une adaptation de ce type de programme au contexte ostéopathique pourrait permettre d'examiner dans quelle mesure une formation structurée améliore la capacité des ostéopathes à rendre la PDP plus explicite (explicitation des options, discussion des préférences, co-définition d'objectifs thérapeutiques).

7. CONCLUSION

Ce mémoire visait à mieux comprendre comment la prise de décision partagée (PDP) se manifeste dans la pratique ostéopathique, en documentant les formes observables de ce processus au sein de consultations menées au Québec. Les résultats quantitatifs, marqués par de faibles scores à l'OPTION-5, pourraient à première vue suggérer une présence limitée de la PDP, notamment en ce qui concerne la discussion explicite des options de traitement. Toutefois, l'approche qualitative adoptée en parallèle nuance fortement ce constat.

L'analyse des observations et des entrevues met en évidence de nombreuses manifestations implicites et inductives de la PDP, ancrées dans la relation thérapeutique, la communication et l'engagement somatique. L'utilisation du corps comme pivot de la communication, la reconnaissance de la personne dans sa globalité et l'adoption d'une communication biopsychosociale personne-centrée contribuent à instaurer un climat propice à la co-construction du sens et à l'engagement progressif de la personne soignée. Dans cette perspective, la PDP apparaît moins comme un moment ponctuel de choix entre plusieurs options que comme un processus continu d'ajustement clinique et relationnel.

Ces résultats suggèrent ainsi que la prise de décision partagée en ostéopathie s'actualise principalement à travers des formes implicites de partage de responsabilité. Si ces formes constituent des forces indéniables de la pratique, elles présentent néanmoins certaines limites lorsqu'il s'agit de soutenir explicitement l'autonomie, la participation active et l'autogestion des personnes qui consultent.

L'enjeu ne réside donc pas dans une opposition entre formes implicites et explicites de la PDP, mais dans leur articulation. Une explicitation accrue de certains processus décisionnels, tels que la clarification des rôles, la co-construction d'objectifs thérapeutiques ou l'enseignement de stratégies d'autogestion, pourrait enrichir la pratique ostéopathique. Ces constats invitent à poursuivre les travaux méthodologiques et formatifs afin de développer des outils d'évaluation et des approches pédagogiques mieux adaptées aux spécificités de l'ostéopathie, et ainsi mieux arrimer la culture de la discipline aux exigences contemporaines des soins centrés sur la personne.

8. RÉFÉRENCES

- 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. <https://doi.org/10.1177/1759720X211029417>
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *17*(82), 269-276.
- Bans-Akutey, A., & Tiimub, B. M. (2021). Triangulation in Research. *Academia Letters*. <https://doi.org/10.20935/AL3392>
- Barr, P. J., O'Malley, A. J., Tsulukidze, M., Gionfriddo, M. R., Montori, V., & Elwyn, G. (2015). The psychometric properties of Observer OPTION5, an observer measure of shared decision making. *Patient Education and Counseling*, *98*(8), 970-976. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.010>
- Barr, P. J., Thompson, R., Walsh, T., Grande, S. W., Ozanne, E. M., & Elwyn, G. (2014). The Psychometric Properties of CollaboRATE : A Fast and Frugal Patient-Reported Measure of the Shared Decision-Making Process. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(1), e2. <https://doi.org/10.2196/jmir.3085>
- Billing & Coding : ICD-10 Codes for OMT - Osteopathic Physicians & Surgeons of California*. (s. d.). Consulté 15 octobre 2025, à l'adresse <https://www.opsc.org/page/ICD-10>
- Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models : A systematic

review. *BMJ Open*, 9(12), e031763.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>

Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research : A practical guide for beginners* (First published). SAGE.

Bright, F. A. S., Boland, P., Rutherford, S. J., Kayes, N. M., & McPherson, K. M. (2012). Implementing a client-centred approach in rehabilitation : An autoethnography. *Disability and Rehabilitation*, 34(12), 997-1004.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2011.629712>

Caneiro, J. P., Roos, E. M., Barton, C. J., O'Sullivan, K., Kent, P., Lin, I., Choong, P., Crossley, K. M., Hartvigsen, J., Smith, A. J., & O'Sullivan, P. (2020). It is time to move beyond 'body region silos' to manage musculoskeletal pain : Five actions to change clinical practice. *British Journal of Sports Medicine*, 54(8), 438-439.

<https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100488>

Carnes, D. (2016). What can osteopaths learn from concerns and complaints raised against them? A review of insurance and regulator reports. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 22, 3-10.

<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2016.07.002>

Chaire de recherche en prise de décision partagée, ULVAL. (2025, mars).

Inventaire des formations : Décision partagée.

<https://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/inventaire-formation>

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter : What does it mean? (or it takes at least two to tango).

Social Science & Medicine, 44(5), 681-692.

[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)

Chewning, B., Bylund, C. L., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A., & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions : A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 9-18.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>

Couët, N., Desroches, S., Robitaille, H., Vaillancourt, H., Leblanc, A., Turcotte, S., Elwyn, G., & Légaré, F. (2015). Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making : A systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations*, 18(4), 542-561. <https://doi.org/10.1111/hex.12054>

Coulter, A. (2005). What do patients and the public want from primary care? *BMJ*, 331(7526), 1199-1201. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7526.1199>

Coutu, M.-F., Légaré, F., Stacey, D., Durand, M.-J., Corbière, M., Bainbridge, L., & Labrecque, M.-E. (2015). Occupational therapists' shared decision-making behaviors with patients having persistent pain in a work rehabilitation context : A cross-sectional study. *Patient Education and Counseling*, 98(7), 864-870. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.015>

Cross, V., Leach, C. M. J., Fawkes, C. A., & Moore, A. P. (2015). Patients' expectations of osteopathic care : A qualitative study. *Health Expectations*, 18(5), 1114-1126. <https://doi.org/10.1111/hex.12084>

Daniels, G., & Vogel, S. (2012). Consent in osteopathy : A cross sectional survey of patients' information and process preferences. *International*

Journal of Osteopathic Medicine, 15(3), 92-102.

<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.04.001>

Degenhardt, B. F., Johnson, J. C., Brooks, W. J., & Norman, L. (2018).

Characterizing Adverse Events Reported Immediately After Osteopathic Manipulative Treatment. *Journal of Osteopathic Medicine*, 118(3), 141-149.

<https://doi.org/10.7556/jaoa.2018.033>

Di Thomson. (2008). An ethnographic study of physiotherapists' perceptions of their interactions with patients on a chronic pain unit. *Physiotherapy Theory and Practice*,

24(6), 408-422.

<https://doi.org/10.1080/09593980802511805>

Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013).

Implementation of Shared Decision Making in Physical Therapy : Observed Level of Involvement and Patient Preference. *Physical Therapy*, 93(10),

1321-1330. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120286>

Elwyn, G. (2014). *Observer OPTION 5 Manual (2014)*.

<https://www.glynelwyn.com/observer-option-5-2014.html>

Elwyn, G., Hutchings, H., Edwards, A., Rapport, F., Wensing, M., Cheung,

W., & Grol, R. (2005). The OPTION scale: Measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*,

8(1), 34-42. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x>

Espírito Santo, J., Moita, J., Campos, B., & Nunes, A. (2023). Letter to the Editor : Underlining there is nothing wrong with osteopathy. *International*

Journal of Osteopathic Medicine, 50, 100692.

<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2023.100692>

Esteves, J. E., Zegarra-Parodi, R., Van Dun, P., Cerritelli, F., & Vaucher, P. (2020). Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 35, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.01.003>

Fenety, A., Harman, K., Hoens, A., & Bassett, R. (2009). Informed consent practices of physiotherapists in the treatment of low back pain. *Manual Therapy*, 14(6), 654-660. <https://doi.org/10.1016/j.math.2009.02.007>

Fryer, G. (2017). Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1: The mechanisms. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 25, 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2017.05.002>

Gayton, J., & Monga, A. (2023). Goal setting in physiotherapy-led adult musculoskeletal care: A scoping review. *Musculoskeletal Care*, 21(4), 1315-1340. <https://doi.org/10.1002/msc.1803>

Guikas, M., Ioanna ;. Morin, Diane ;. Bigras. (2016). Développement d'une grille d'observation : Considérations théoriques et méthodologiques. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 27, 163-178. <https://doi.org/10.7202/1043131ar>

Gurtner, C., Lohrmann, C., Schols, J. M. G. A., & Hahn, S. (2022). Shared Decision Making in the Psychiatric Inpatient Setting : An Ethnographic Study about Interprofessional Psychiatric Consultations. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 19(6), 3644.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19063644>

Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>

Hoffmann, T. C., Montori, V. M., & Del Mar, C. (2014). The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA*, 312(13), 1295. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.10186>

Hutting, N., Caneiro, J. P., Ong’wen, O. M., Miciak, M., & Roberts, L. (2022). Patient-centered care in musculoskeletal practice : Key elements to support clinicians to focus on the person. *Musculoskeletal Science and Practice*, 57, 102434. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102434>

Hutting, N., Johnston, V., Staal, J. B., & Heerkens, Y. F. (2019). Promoting the Use of Self-management Strategies for People With Persistent Musculoskeletal Disorders : The Role of Physical Therapists. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 49(4), 212-215. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0605>

Imbert, G. (2010). L’entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l’anthropologie: *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

INESS. (2025, février 3). *INESSS*. INESSS. <https://www.inesss.qc.ca/>

- Jones, L. E., Roberts, L. C., Little, P. S., Mullee, M. A., Cleland, J. A., & Cooper, C. (2014). Shared decision-making in back pain consultations : An illusion or reality? *European Spine Journal*, 23(S1), 13-19. <https://doi.org/10.1007/s00586-014-3187-0>
- Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P. F., & De Jong, C. A. J. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226. <https://doi.org/10.1159/000126073>
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients : A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 291-309. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>
- Kerry, R., Young, K. J., Evans, D. W., Lee, E., Georgopoulos, V., Meakins, A., McCarthy, C., Cook, C., Ridehalgh, C., Vogel, S., Banton, A., Bergström, C., Mazzieri, A. M., Mourad, F., & Hutting, N. (2024). A modern way to teach and practice manual therapy. *Chiropractic & Manual Therapies*, 32(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12998-024-00537-0>
- Leach, C. M. J., Hodgson, L., Defever, E., & Ives, R. (2014). Communicating risk and shared decision-making in osteopathic practice : A pilot study using focus groups to test a patient information leaflet. *European Journal of*

Integrative Medicine, 6(4), 478-487.

<https://doi.org/10.1016/j.eujim.2014.06.001>

Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., & Thisted, R. A. (2005). Not all patients want to participate in decision making: A national study of public preferences. *Journal of General Internal Medicine*, 20(6), 531-535.

<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x>

Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79-86.

<https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>

Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 301-312.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010>

McParlin, Z., Cerritelli, F., Friston, K. J., & Esteves, J. E. (2022). Therapeutic Alliance as Active Inference : The Role of Therapeutic Touch and Synchrony.

Frontiers in Psychology, 13.

<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2022.783694>

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness : A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7),

1087-1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)

Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in

physiotherapy : An interpretive description study. *Archives of physiotherapy*, 8, 3. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1>

Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2019). A framework for establishing connections in physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 40-56. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1434707>

Moore, C. L., & Kaplan, S. L. (2018). A Framework and Resources for Shared Decision Making : Opportunities for Improved Physical Therapy Outcomes. *Physical Therapy*, 98(12), 1022-1036. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy095>

Moreau, A., Carol, L., Dedianne, M. C., Dupraz, C., Perdrix, C., Lainé, X., & Souweine, G. (2012). What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study using focus-group interviews. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 206-211. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.010>

Nicolai, J., Moshagen, M., Eich, W., & Bieber, C. (2012). The OPTION scale for the assessment of shared decision making (SDM) : Methodological issues. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 106(4), 264-271. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.03.002>

Ostéopathie Québec. (2016, juin). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ostéopathe au Québec*. <https://www.osteopathiequebec.ca/fr/referentiel-competences>

- Parsons, S., Harding, G., Breen, A., Foster, N., Pincus, T., Vogel, S., & Underwood, M. (2012). Will shared decision making between patients with chronic musculoskeletal pain and physiotherapists, osteopaths and chiropractors improve patient care? *Family Practice*, 29(2), 203-212. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr083>
- Pellerin, M.-A., Elwyn, G., Rousseau, M., Stacey, D., Robitaille, H., & Légaré, F. (2011). Toward Shared Decision Making: Using the OPTION Scale to Analyze Resident–Patient Consultations in Family Medicine: *Academic Medicine*, 86(8), 1010-1018. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822220c5>
- Politi, M. C., Clark, M. A., Ombao, H., Dizon, D., & Elwyn, G. (2011). Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: A necessary cost of involving patients in shared decision making?: A necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expectations*, 14(1), 84-91. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00626.x>
- Rajendran, D., Beazley, J., & Bright, P. (2019). Shared decision making by United Kingdom osteopathic students: An observational study using the OPTION-12 instrument. *Chiropractic & Manual Therapies*, 27(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12998-019-0260-0>
- Rogers, F. J., D'Alonzo, G. E., Glover, J. C., Korr, I. M., Osborn, G. G., Patterson, M. M., Seffinger, M. A., Taylor, T. E., & Willard, F. (2002). Proposed tenets of osteopathic medicine and principles for patient care.

Journal of Osteopathic Medicine, 102(2), 63-65.

<https://doi.org/10.7556/jaoa.2002.102.2.63>

Rose, A., Rosewilliam, S., & Soundy, A. (2017). Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 65-75.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.030>

Smith, D. (2019). Reflecting on new models for osteopathy – it's time for change. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 31, 15-20.

<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.10.001>

Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2017). Prime Time for Shared Decision Making. *JAMA*, 317(13), 1309.

<https://doi.org/10.1001/jama.2017.0616>

Steel, A., Foley, H., & Redmond, R. (2020). Person-centred care and traditional philosophies in the evolution of osteopathic models and theoretical frameworks: Response to Esteves et al. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 36, 60-61. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.03.001>

Stubenrouch, F. E., Pieterse, A. H., Falkenberg, R., Santema, T. K. B., Stiggelbout, A. M., Van Der Weijden, T., Aarts, J. A. W. M., & Ubbink, D. T. (2016). OPTION5 versus OPTION12 instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 1062-1068.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.019>

Thomson, O. P., Petty, N. J., & Moore, A. P. (2013). Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 16(1), 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.03.001>

Thomson, O. P., Petty, N. J., & Moore, A. P. (2014). Clinical decision-making and therapeutic approaches in osteopathy – A qualitative grounded theory study. *Manual Therapy*, 19(1), 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.math.2013.07.008>

Tousignant-Laflamme, Y., Christopher, S., Clewley, D., Ledbetter, L., Cook, C. J., & Cook, C. E. (2017). Does shared decision making results in better health related outcomes for individuals with painful musculoskeletal disorders? A systematic review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 25(3), 144-150. <https://doi.org/10.1080/10669817.2017.1323607>

Trudel et Vonarx. (2007). *La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire?* ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/242090642_La_recherche_qualitative_est-elle_necessairement_exploratoire

Willig, C., & Stainton-Rogers, W. (2017). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (Second edition). SAGE.

World Health Organization (WHO). (2004). *Standards for health promotion in hospitals*.

9. ANNEXES

Annexe 1 : Exemple d'utilisation coté « satisfaisante » du questionnaire

OPTION-5

Donc, comme nous venons de le discuter, une des clés pour améliorer vos symptômes au genou serait d'augmenter votre forme physique.

Avez-vous déjà réfléchi à la façon dont vous pourriez vous y prendre pour cela ?

(OPTION5 – 4 : Recueillir les préférences du patient)

Il existe plusieurs options que nous pourrions envisager.

Souhaitez-vous que je vous explique ce que nous pouvons offrir et que je vous propose certaines choses que vous pourriez faire de votre côté ? Ensuite, nous verrons ce que vous aimeriez choisir, si vous êtes à l'aise avec ça.

(OPTION5 – 1 : Mentionner qu'il existe différentes options OU qu'une décision doit être prise)

(OPTION5 – 2 : Aider le patient à s'informer et à réfléchir aux options)

Nous pourrions voir ensemble comment surmonter certains obstacles que vous avez identifiés, comme le sommeil, l'alimentation et le niveau d'activité. Je peux vous proposer un programme d'exercices graduels, si cela vous intéresse, ou suggérer des ressources en ligne si vous préférez. Une autre option serait d'attendre et de voir comment les choses évoluent par vous-même (comme par exemple en faisant du vélo).

L'avantage de venir pour quelques séances, c'est que nous pourrions explorer des exercices ciblés, et travailler sur certaines habitudes du quotidien, comme le passage de la position assise à debout. Cela implique cependant de se déplacer ici, et si vous préférez

ne pas venir pour l'instant et voir comment ça se passe avec le vélo ou la marche en autonomie, c'est tout à fait possible aussi.

(OPTION5 – 3 : Fournir des informations pour aider à comparer les alternatives, incluant l'option de ne pas agir)

Pour être sûr d'avoir bien compris ce que vous préférez, pouvez-vous me résumer ce que vous souhaitez faire comme plan d'action ?

(OPTION5 – 4 : Recueillir les préférences du patient)

Y a-t-il une partie de ce plan qui vous inquiète ? Avez-vous d'autres questions ?

Une fois que vous aurez commencé ce que nous avons évoqué, combien de temps pensez-vous avoir besoin pour observer des changements ? Très bien. Quand voudriez-vous que nous fassions un point sur vos progrès ?

(OPTION5 – 5 : Intégrer les préférences du patient dans la prise de décision finale)

[\(Couët et al., 2015\)](#)

Annexe 2 : Annonce de recherche de participants

OSTÉOPATHES RECHERCHÉ.ES

POUR PARTICIPER À
UNE ÉTUDE SUR
L'INTÉRACTION CLIENT.E-THÉRAPEUTE
EN OSTÉOPATHIE

dans le cadre du mémoire de fin d'année chez  ENOSI

CRITÈRES DES SÉLECTION

- Ostéopathe diplômé.e qui exerce depuis 3 ans ou plus
- disponible à recevoir une observatrice dans ta salle de traitement
- permettre que la séance soit audio-enregistrée

QUAND ? DÉCEMBRE ET JANVIER
OÙ ? DANS TON LOCAL, À MTL

Qu'est-ce que ça t'apporte ?
Des discussions post-observation pouvant nourrir tes réflexions cliniques

Pour inscription ou questions
Jessica Pelland, ostéopathe I.O
pellandjessica@yahoo.it

Annexe 3 : Questions d'entrevue semi-dirigée

QUESTIONS D'ENTREVUE

- 1** | QU'EST-CE QUE ÇA SIGNIFIE POUR TOI " ÉTABLIR UN PARTENARIAT " AVEC TES PATIENTS EN OSTÉO ?
- 2** | QUELLES SONT TES RÉFLEXIONS CONCERNANT L'IMPLICATION DES PATIENTS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LEUR SANTÉ ?
- 3** | COMMENT ADRESSES-TU CE VOLET AVEC TES PATIENTS ? POURQUOI ? Y'A-T-IL DES EXCEPTIONS ?

Annexe 4 : Grille d'observation qualitative permettant de reconnaître la variété des comportements de PDP

Grille d'observation

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Inspiré de Miciak et al. 2019

<p>RECONNAITRE LA PERSONNE DANS SON INTÉGRALITÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> rencontre patient.e comme égal.e valide son expérience individualise le tx selon les préférences et le contexte des client.es 	<p></p> <p>Ex. assis.e au même niveau, encourage dévoilement de soi ou expression d'émotions, demande une rétro-action des client.es, adapte la technique en conséquence</p>
<p>UTILISER LE CORPS COMME POINT PIVOT</p> <ul style="list-style-type: none"> clarifie problématique(s) physique(s) et les solutions facilite connection du client à son corps utilise toucher pour bâtir le pont compréhension et senti = autonomie 	<p></p> <p>Ex. donne des explications claires de ce qu'il.elle trouve au niveau papatoire et les solutions envisagées pour y répondre, offre des pistes pour aider clients à ressentir leur corps ou certains des aspects repérés, manipule endroit sensible avec soin</p>
<p>FAIRE DON DE SOI</p> <ul style="list-style-type: none"> communique avec d'autres prof de santé au sujet du pt partage des expériences perso lorsqu'en service au sense-making des client.es 	<p></p> <p>Ex. prend le temps nécessaire pour répondre aux questions ou préciser des exo, est curieux.se et intéressé.e à la problématique des client.es</p>

PROMOUVOIR L'AUTOGESTION

Inspiré de Caniero et al. 2020

<p>ADOPTER UNE COMMUNICATION PATIENT-CENTRÉ BPS</p> <p>En posant des questions ouvertes et réflexives</p>	<p></p> <p>Ex. sur expérience de la dlr, les croyances de causalités, les mécanismes adaptatifs, impacts sur leur vie, inquiétudes, croyance en lien avec activité phys, facteurs socio-envr, objectifs, attentes</p>
<p>ENSEIGNER VIA DES MÉTHODES ACTIVES</p> <p>En créant des moments éducatifs propice à l'intégration de nouveaux savoirs</p>	<p></p> <p>Ex. langage simple et clair pour expliquer dlr/imagerie/benefice de activité phys, impliquer les clients en utilisant le teach-back ou l'écriture, demander aux clients leurs méthodes de retenues de prédilection, utiliser des ressources variés (video, audio, texte, outils d'apprentissage)</p>
<p>ACCOMPAGNER VERS L'AUTOGESTION</p> <ul style="list-style-type: none"> En aidant les clients à prendre de la perspective sur les facteurs qui influencent leur condition En enseignant des aptitudes d'autogestion générales et des outils spécifiques 	<p></p> <p>Ex. aider a reconnaître les pensées non-productives, aider à réfléchir en terme de facteurs BPS qui influencent nos sensations, identifier les limites physique au rétablissement tel que le FITT, la kinésiophobie ou les faiblesse structurelles, identifier les facteurs reliés aux habitudes de vie tel que sommeil/alimentation/interactions sociales/activité phys/poids,</p>
<p>RÉFÉRER POUR ADRESSER LES CO-MORBIDITÉS</p>	<p></p> <p>Ex. aider les client.es a prendre en charge les autres facteurs qui ralentissent leur rétablissement en les sensibilisant à leurs impacts bps et en les référants aux bons professionnel.iles lorsque besoin</p>

