Perceptions des professionnels de la santé concernant la place de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique au Québec

Par
Mathilde Gouin Lamarche
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
07-2026

Membres du jury d'évaluation

Diego LegrandB.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

Supervisée par Anais Beaupré, D.O.

© Mathilde Gouin Lamarche 2026

SOMMAIRE

Perceptions des professionnels de la santé sur la place de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique au Québec

Par
Mathilde Gouin
Programme Professionnel d'Ostéopathie

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

Contexte et objectifs : La douleur chronique constitue un enjeu majeur de santé publique nécessitant une approche interdisciplinaire. Bien que l'ostéopathie soit fréquemment utilisée par les personnes vivant avec de la douleur chronique, sa place au sein des trajectoires de soins demeure peu documentée dans le contexte québécois. Cette étude vise à explorer les perceptions des professionnels de la santé quant au rôle de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique.

Méthodologie : L'étude qualitative de nature interprétative a été réalisée auprès de dix-huit professionnels de la santé provenant de diverses disciplines. Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-dirigés, puis analysées selon une démarche d'analyse thématique.

Résultats : L'analyse a permis de dégager trois thèmes principaux. Le premier met en évidence une connaissance généralement limitée de l'ostéopathie, des représentations principalement centrées sur les troubles musculosquelettiques ainsi qu'une faible exposition à la profession au cours de la formation et de la pratique clinique. Le deuxième fait ressortir les principaux enjeux entourant l'exercice de l'ostéopathie, notamment les préoccupations liées aux données probantes, à l'encadrement professionnel, à l'uniformisation de la formation, à la sécurité clinique et à l'accessibilité financière. Le troisième thème porte sur la place de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins et les pratiques de référencement. Les participants reconnaissent généralement la pertinence de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique, mais leurs pratiques de référencement témoignent d'une reconnaissance institutionnelle encore limitée.

Ces résultats suggèrent que l'intégration de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins pourrait être favorisée par une meilleure connaissance de la profession, un renforcement de son encadrement et de sa formation, une diffusion accrue des connaissances scientifiques ainsi que par le développement d'occasions de collaboration interprofessionnelle.

Mots clés : ostéopathie, douleur chronique, professionnels de la santé, perceptions, collaboration interprofessionnelle, recherche qualitative, Québec.

SUMMARY

Healthcare Professionals' Perceptions of the Role of Osteopathy in the Management of Chronic Pain in Quebec

By

Mathilde Gouin

Professional Osteopathy Program

Thesis submitted to ENOSI – Centre d'Ostéopathie de Montréal in partial fulfillment of the requirements for the Diploma in Osteopathy (D.O.).

Context and objective: Chronic pain constitutes a major public health challenge often requiring an interdisciplinary approach. Although osteopathy is frequently used by people living with chronic pain, its place within care pathways remains poorly documented within the context of Quebec healthcare system and structure. The present study is designed to examine the perceptions of healthcare professionals regarding the use of osteopathy in the management of chronic pain.

Methodology : This qualitative interpretive study was conducted with eighteen healthcare professionals from various disciplines. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using a thematic analysis approach.

Results: The analysis yielded three main themes. The first highlights a generally limited knowledge of osteopathy and a perceptions primarily centered on musculoskeletal disorders, as well as low exposure to the profession during training and clinical practice. The second addressses the main issues surrounding the practice of osteopathy, notably concerns related to evidence-based data, professional regulation, standardization of training, clinical safety, and financial accessibility. The third theme focuses on the place of osteopathy within care pathways and referral practices. Participants generally recognize the relevance of osteopathy in the management of chronic pain, but their referral practices reflect still-limited institutional recognition.

Conclusion: These findings suggest that the integration of osteopathy into care pathways could be fostered by a better understanding of the profession, strengthened regulation and training, increased dissemination of scientific knowledge, and the development of opportunities and frameworks for interprofessional collaboration.

Keywords: osteopathy, chronic pain, healthcare professionals, perceptions, interprofessional collaboration, qualitative research, Québec.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

SOMMAIRE 3

TABLE DES MATIÈRES 5

LISTE DES TABLEAUX 10

LISTE DES FIGURES 11

LISTE DES ABRÉVATIONS 12

REMERCIEMENTS 15

DÉCLARATION D'UTILISATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE GÉNÉRATIVE 16

INTRODUCTION 1

CONTEXTE 3

L'ostéopathie 3

Définition de l'ostéopathie 3

L'ostéopathie et les MAC 3

Les enjeux de l'ostéopathie en contexte québécois 4

Formations disparates des ostéopathes 5

La douleur chronique 6

Définition et modèle 6

Modèles de collaboration dans la prise en charge de la douleur chronique 7

La perception 8

Les professionnels de la santé 8

RECENSION DES ÉCRITS 10

But de la recension des écrits 10

Question de recension des écrits 10
Méthodologie 11
Stratégie de recherche documentaire 11
Concepts et mots-clés 12
Critères d'éligibilité 13
Critères d'exclusion 13
Processus de sélection des écrits 15
Analyse du corpus 17
Forces du corpus 17
Faiblesses et limites du corpus 18
Synthèse et portée pour la recherche 20
LES RÉSULTATS DE LA RECENSION 21
Les données probantes 21
La méconnaissance des MAC par les professionnels de la santé 23
Préoccupation en matière de sécurité clinique 24
Limites des traitements conventionnels et demande du patient 25
Reconnaissance institutionnelle et légitimité professionnelle 26
Enjeux financiers 26
Enjeux réglementaires 27
Enjeux identitaires 28
Enjeux linguistiques 29
Conclusion 29
Sommaire 31
MÉTHODOLOGIE 32
Objectif de recherche 32

Cadre épistémologique 32
Cadre théorique 33
Devis méthodologique 34
Type de recherche approche méthodologique 34
Population à l'étude et critères de sélection 36
Recrutement des participant (es) 37
Collecte des données 38
Choix de l'entretien semi-dirigé 38
Élaboration du guide d'entretien semi-dirigé 39
Déroulement des entretiens 40
L'analyse qualitative des données 41
Familiarisation approfondie avec le corpus 42
Codage inductif interprétatif 42
Construction de thèmes interprétatifs 43
Révision et affinement des thèmes 43
Interprétation approfondie 44
Conceptualisation 44
Rigueur méthodologique et réflexivité 45
Saturation des données 45
Rigueur méthodologique 45
Considérations éthiques 47
RÉSULTATS 48
Description de l'échantillon 48
Présentation des thèmes 50
Thème 1 : Comprendre l'ostéopathie : connaissances et représentations 50

Des connaissances limitées 50
Des facteurs susceptibles de contribuer à la connaissance limitée 53
Représentations de l'ostéopathie 56
Convergences et nuances selon les professions représentées 60
Thème 2 : Enjeux entourant l'exercice de l'ostéopathie 63
Le rôle des données probantes et la crédibilité de l'ostéopathie 63
L'encadrement professionnel comme gage de crédibilité, de sécurité et de reconnaissance 65
La formation des ostéopathes : une formation perçue comme exigeante, mais insuffisamment uniformisée 67
Les enjeux financiers comme obstacle à l'accès 68
La sécurité clinique comme condition essentielle à la pratique ostéopathique 69
Convergences et nuances selon les professions représentées 70
Thème 3 : La place de l'ostéopathie dans la trajectoire de soins et les pratiques de référencement 72
Place de l'ostéopathie dans la trajectoire de soins 72
Les pratiques de référencement vers l'ostéopathie 75
Convergences et nuances selon les professions représentées 80
DISCUSSION 82
Comprendre l'ostéopathie : connaissances et représentations des professionnels de la santé 82
La crédibilité de l'ostéopathie : les limites et les préoccupations 87
La place de l'ostéopathie dans la trajectoire des soins en douleur chronique 92
Regard sur les perceptions selon l'appartenance professionnelle 94
FORCES ET LIMITES 97
APPORT DE L'ÉTUDE 102

CONCLUSION 104

BIBLIOGRAPHIE 108

ANNEXE 1 114

ANNEXE 2 126

ANNEXE 3 130

ANNEXE 4 134

ANNEXE 5 154

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Conceptset mots-clés utilisés pour la stratégie de recherche documentaire	12
Tableau2	Critères d'inclusion et d'exclusion des participants	37
Tableau 3	Profil des participants de l'étude	50
Tableau 4	Regroupement des principaux codes ayant contribué à la construction des thèmes	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle biopsychosocial appliqué à la compréhension de la douleur chronique	7
Figure 2	Diagramme PRISMA du processus de sélection des documents inclus dans la recension	15
Figure 3	Principaux facteurs influençant les perceptions des professionnels de la santé	29
Figure 4	Cadre épistémologique, théorique et méthodologique de la recherche	35
Figure 5	Étapes du processus d'analyse thématique interprétative des données	45
Figure 6	Stratégies de rigueur méthodologique et de réflexivité dans le processus de recherche	47
Figure 7	Synthèse des connaissances et représentations de l'ostéopathie chez les professionnels de la santé	62
Figure 8	Enjeux entourant l'exercice de l'ostéopathie : facteurs de crédibilité, de reconnaissance et d'intégration selon les professionnels de la santé	72
Figure 9	Place de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins et facteurs influençant les pratiques de référencement	81

LISTE DES ABRÉVATIONS

CAM	*Complementary and Alternative Medicines*
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIM-11	Classification internationale des maladies
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
EFIC	*European Pain Federation*
EPTC 2	Éthique de la recherche avec des êtres humains
IASP	*International Association for the Study of Pain*
IJOM	*International Journal of Osteopathic Medicine*
IPS	Infirmières praticiennes spécialisées
JAOA/JOM	*Journal of Osteopathy*
MAC	Médecines complémentaires et alternatives
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTCIM	Médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative
NCCIH	*National Center for Complementary and Integrative Health*
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence*
OCQ	Ordre des chiropraticiens du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Office des professions du Québec
PRISMA	*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
UÉTMIS-SS	Unité d'Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
UQAM	Université du Québec à Montréal

À mes enfants, Léandre et Victor.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire marque l'aboutissement de plusieurs années d'apprentissage, de réflexion et de persévérance. Bien qu'il porte mon nom, ce projet est avant tout le fruit du soutien, des encouragements et de la générosité de nombreuses personnes qui m'ont accompagnée, de près ou de loin, tout au long de cette aventure.

Je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe de l'École d'ostéopathie ENOSI. Par l'excellence de votre enseignement, vous m'avez initiée à une pratique rigoureuse et fondée sur les données probantes. Cette formation a profondément influencé la professionnelle que je suis aujourd'hui.

À mon conjoint, merci pour les innombrables heures passées à discuter de ce projet, pour ton écoute, tes encouragements et la confiance que tu m'as témoignée tout au long de ce parcours. Ta présence constante, ta patience et ton soutien indéfectible m'ont permis d'avancer avec confiance, même dans les moments de doute. À mes parents et mes beaux-parents, merci. Votre soutien et votre générosité, particulièrement auprès de mes enfants, m'ont offert le temps et la tranquillité d'esprit nécessaires pour mener ce mémoire à terme. Sans votre présence et votre disponibilité, ce projet n'aurait tout simplement pas été le même.

Enfin, ces derniers mots sont pour mes enfants, Léandre et Victor. Vous avez été ma plus grande source de motivation tout au long de ce parcours. Concilier les exigences des études, de la recherche, du lancement de mon entreprise, de la pratique clinique et de la vie familiale n'a pas toujours été facile. Plus d'une fois, je me suis demandé si j'étais à la hauteur. J'ai parfois eu l'impression de devoir choisir entre mes aspirations professionnelles et le temps passé auprès de vous, et cette impression a, sans l'ombre d'un doute, représenté la plus grande difficulté de ce parcours.

Pourtant, c'est aussi grâce à vous que j'ai mené ce mémoire jusqu'au bout. Vos rires, vos câlins, votre curiosité, votre émerveillement et votre amour inconditionnel m'ont rappelé, jour après jour, pourquoi il valait la peine de persévérer. Vous m'avez donné la force de continuer lorsque le découragement s'installait et vous avez donné un sens à chacun des efforts investis. Ce mémoire est aussi le vôtre.

DÉCLARATION D'UTILISATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE GÉNÉRATIVE

Dans le cadre de ce mémoire, un outil d'intelligence artificielle générative (ChatGPT , Open AI) a été utilisé à titre d'assistance à la rédaction et à la révision linguistique. Plus précisément, cet outil a servi à soutenir la reformulation de certains passages, à améliorer la clarté et la fluidité du texte, à proposer des pistes d'organisation de certaines sections, ainsi qu'à effectuer une révision de la langue et du style.

L'intelligence artificielle a également été utilisée ponctuellement pour faciliter la synthèse de documents déjà sélectionnés, générer des idées de présentation ou de structuration du contenu et soutenir la réflexion méthodologique. Toutefois, l'ensemble des décisions relatives au devis de recherche, à la recension des écrits, à l'analyse des données, à l'interprétation des résultats et aux conclusions relève exclusivement de l'auteure. Toutes les informations intégrées au mémoire ont été vérifiées à partir des sources originales, et les références bibliographiques ont été sélectionnées et validées par l'auteure.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2019a), la douleur chronique constitue un problème de santé publique majeur. Au Canada, environ une personne sur cinq vit avec cette condition, ce qui engendre des coûts évalués à près de 40 milliards de dollars par année (Groupe de travail canadien sur la douleur, 2021). Au Québec, cette problématique est responsable de plus de la moitié des consultations en première ligne. Malgré l'ampleur du besoin, l'accès aux soins spécialisés demeure limité par des délais d'attente considérables, dépassant souvent les neuf mois (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2021). Dans ce contexte, les médecines complémentaires ou alternatives (MAC) sont de plus en plus utilisées par les personnes vivant avec de la douleur chronique dont les symptômes entraînent des répercussions importantes sur la qualité de vie. (Ng et al., 2021).

Cependant, un contraste marqué subsiste entre l'intérêt croissant des patients pour ces approches et leur reconnaissance par le système de santé conventionnel. Comme le soulignent Gaboury et al. (2009), les MAC et la biomédecine reposent sur des paradigmes de santé souvent diamétralement opposés, ce qui crée des défis majeurs pour leur intégration. Ces visions divergentes de la santé et de la maladie influencent non seulement la collaboration interprofessionnelle, mais aussi la manière dont la prise en charge des patients est perçue.

Au sein de ces approches, l'ostéopathie occupe une place prépondérante et connaît une popularité marquée au Québec (Morin, 2017). Toutefois, son intégration au système de santé conventionnel se heurte à des défis de légitimité. Contrairement aux professions de la santé classiques, l'ostéopathie demeure une pratique non réglementée au Québec, sans ordre professionnel reconnu. Cette absence d'encadrement place la discipline en marge du réseau public, où la légitimité des intervenants est intrinsèquement liée à un système réglementaire strict (Morin, 2017).

La question des données probantes accentue ces tensions. Dans un système où la prise en charge de la douleur chronique repose sur une adhésion rigoureuse aux standards de la médecine fondée sur les preuves, l'absence de consensus scientifique sur l'efficacité de

l'ostéopathie constitue un frein majeur à sa reconnaissance (Morin, 2017). Bien que certaines lignes directrices commencent à intégrer les thérapies manuelles dans le traitement de la douleur chronique (Franzetti et al., 2021), des organismes de référence comme le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2021) soulignent que les preuves cliniques demeurent limitées ou marquées par des lacunes méthodologiques.

Puisque l'efficacité du parcours de soins en douleur chronique réside dans une approche interdisciplinaire concertée (MSSS, 2021), la reconnaissance mutuelle entre les intervenants devient une condition essentielle à la cohérence des soins. Dans ce contexte, la perception qu'ont les professionnels de la santé envers l'ostéopathie s'avère déterminante. Documenter leur vision de cette pratique permet d'établir les leviers et les obstacles qui freinent une collaboration fructueuse. Dans cette perspective, la présente étude vise à répondre à la question suivante : comment les professionnels de la santé perçoivent-ils la place et la pertinence de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique au Québec ?

CONTEXTE

L'ostéopathie

Définition de l'ostéopathie

Selon l'OMS(2010), l'ostéopathie est définie comme une approche de soins basée sur le contact manuel. Elle se distingue par l'utilisation de la palpation manuelle comme principal outil d'évaluation et de soin, visant à diagnostiquer et à traiter les dysfonctions. Selon cette conception, l'intervention ostéopathique repose sur l'interrelation entre la structure et la fonction du corps ainsi que sur la capacité de l'organisme à s'autoréguler et à s'adapter à son environnement. Cette approche conçoit l'être humain comme une unité fonctionnelle dynamique dont la santé dépend de l'interaction entre ses différentes dimensions.

Bien que cette définition constitue une référence internationale largement utilisée dans les programmes de formation, plusieurs auteurs soulignent qu'il n'existe pas encore de consensus absolu quant à la conceptualisation de la profession et à ses fondements théoriques. Les représentations de l'ostéopathie varient considérablement selon les écoles de pensée, les contextes de formation et les pratiques cliniques (L'Hermite, 2020). Thomson et al. (2014) situe cette variabilité sur un continuum allant de la rationalité technique à l'art professionnel, traduisant la coexistence de modèles biomécaniques traditionnels et de cadres plus réflexifs ou relationnels.

L'ostéopathie et les MAC

L'ostéopathie est généralement classée parmi les MAC. Dans la littérature scientifique, le terme « médecines complémentaires et alternatives» est utilisé pour désigner un large éventail de pratiques et de systèmes de soins qui ne sont pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle. Selon le *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH, 2017), les MAC regroupent un ensemble diversifié de système médicaux, de pratiques et de produits de santé qui ne sont pas actuellement intégrés à la médecine conventionnelle (NCCIH, 2017).

D’autres auteurs soulignent que la définition des MAC varie selon les contextes culturels et réglementaires. Pour Mak et al. (2009), elles correspondent à des pratiques de diagnostic, de traitement ou de prévention qui viennent compléter la médecine dite « orthodoxe » en répondant à des besoins non comblés par celle-ci ou en diversifiant les cadres conceptuels de la médecine.

Par ailleurs, plusieurs auteurs (Sharp et al., 2018; Wiese et al., 2010) notent que nombre de valeurs historiquement associées aux MAC, comme l’approche holistique, le soin centré sur la personne, la prévention et l’autogestion, sont désormais de plus en plus intégrées aux modèles de soins contemporains. Cette évolution témoigne d’un rapprochement progressif entre les paradigmes des médecines complémentaires et biomédicales, dans un contexte où les patients recherchent des soins plus personnalisés, participatifs et cohérents avec leurs valeurs. Cette dynamique s’inscrit plus largement dans le courant de la médecine intégrative, qui vise à combiner de manière institutionnelle et structurée les approches complémentaires et la biomédecine au sein d’un même cadre de soins.

Les enjeux de l’ostéopathie en contexte québécois

Au début des années 2000, l’Office des professions du Québec (OPQ) commence à s’intéresser à l’encadrement légal de l’ostéopathie. En 2020, l’OPQ dépose officiellement un avis favorable à la création d’un ordre professionnel ayant pour but d’encadrer la pratique, et, en plus, propose la mise sur pied d’un programme de formation universitaire en ostéopathie (OPQ, 2022). Dans la continuité de cet avis, le gouvernement du Québec a annoncé en mars 2026 le lancement officiel des travaux législatifs visant l’intégration de l’ostéopathie au système professionnel québécois comme étant la 57^{e} profession encadrée au Québec (OPQ, 2026). Cette initiative politique et réglementaire vise à assurer la protection du public en garantissant l’accès à des services sécuritaires, fondés sur des compétences vérifiées et des pratiques rigoureusement encadrées. Depuis le 16 juin 2026, le ministre du Travail et ministre responsable des Relations canadiennes, Jean Boulet, annonce le lancement prochain des travaux visant l'intégration des ostéopathes à l’Ordre des chiropraticiens du Québec (OCQ). Misant sur la proximité de leurs champs d'intervention en matière de troubles musculosquelettiques cette union administrative

permet d'assurer un encadrement structuré et cohérent de ces pratiques, tout en renforçant la qualité et la sécurité des services offerts à la population.

Formations disparates des ostéopathes

Encore à ce jour au Québec, la formation initiale en ostéopathie est majoritairement assurée par des établissements privés. Toutefois, le milieu académique connaît des transformations importantes. Depuis 2024, l'Université du Québec à Montréal (UQAM) propose aux ostéopathes déjà diplômés deux microprogrammes de deuxième cycle visant le perfectionnement clinique, marquant ainsi l'entrée de la discipline dans le milieu universitaire québécois. En 2025, la Commission des études de l'Université a également adopté les premiers projets de programmes de grade qualifiants en ostéopathie — un continuum comprenant un baccalauréat et une maîtrise —, actuellement soumis au processus d'évaluation externe usuel (UQAM, 2025).

Malgré ces avancées, l'accès à la profession demeure tributaire du secteur privé, où les établissements sont nombreux et présentent d'importantes divergences quant à leur philosophie, à leur orientation pédagogique et au volume d'heures de formation et à la rigueur de ces programmes. Bien que l'OMS ait proposé des critères minimaux de formation en 2010, les écoles privées conservent une grande autonomie structurelle. Ainsi, les ostéopathes québécois affichent des parcours et des niveaux de compétences variables au moment de l'obtention de leur diplôme.

Cette diversité contribue à une hétérogénéité des pratiques sur le terrain. Elle peut également soulever des questionnements chez les professionnels de la santé conventionnels quant aux compétences réelles et aux standards de pratique des ostéopathes. Dans un contexte de transition réglementaire où l'ordre professionnel n'est pas encore officiellement fonctionnel, cette variabilité constitue un enjeu majeur pour l'intégration de la profession au sein du réseau de santé.

La douleur chronique

Définition et modèle

La douleur chronique est aujourd'hui reconnue comme une maladie à part entière, complexe et multifactorielle, dont les répercussions physiques, psychologiques et sociales en font un enjeu majeur de santé publique (Groupe de travail canadien sur la douleur, 2019). Selon la définition révisée de l'*International Association for the Study of Pain*par Raja et al. (2020), la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (p.1976). Cette conception met en relief la subjectivité inhérente à l'expérience douloureuse et rompt avec le modèle biomédical classique, où la douleur était envisagée comme strictement proportionnelle au dommage tissulaire périphérique (Faculté de médecine de l'Université de Montréal, s.d.).

En 2019, l'OMS a formellement intégré la douleur chronique à la Classification internationale des maladies (CIM-11), distinguant les douleurs chroniques primaires (considérées comme une pathologie en soi) et les douleurs chroniques secondaires (associées à d'autres affections sous-jacentes). Cette reconnaissance institutionnelle s'arrime aux connaissances issues du modèle biopsychosocial proposé par Engel (1977) et largement appliqué à la douleur (Gatchel et al., 2007). Ce modèle consacre l'interaction dynamique des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux dans la genèse et le maintien de la douleur. La **Figure 1** donne une représentation schématique du modèle biopsychosocial de la douleur chronique, illustrant les interactions entre les déterminants biologiques, psychologiques et sociaux qui contribuent au développement et au maintien de la douleur chronique.

Figure 1

Modèle biopsychosocial appliqué à la compréhension de la douleur chronique

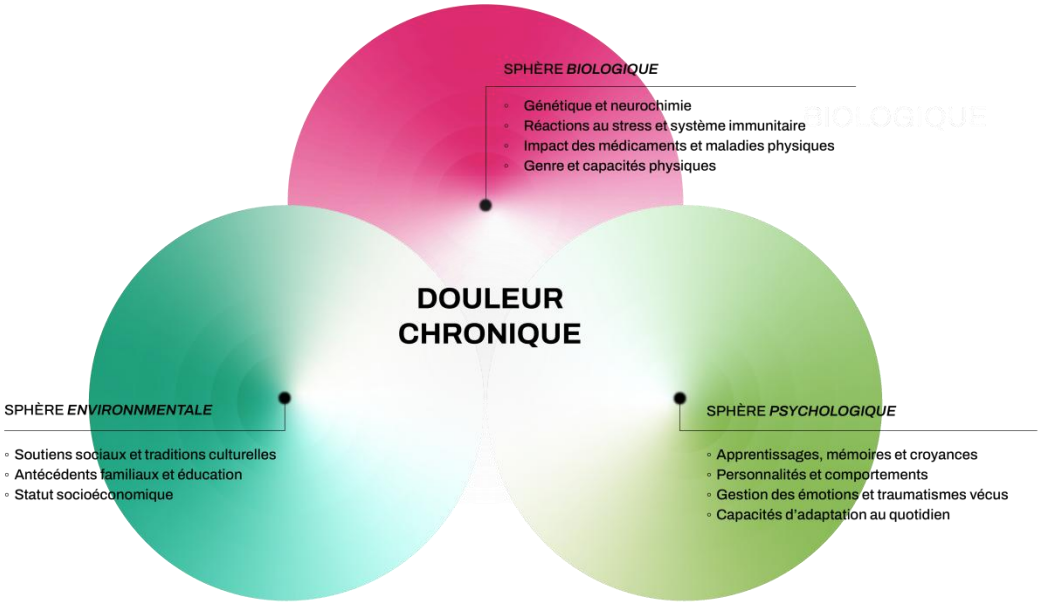


Figure élaborée à partir du modèle biopsychosocial de la douleur décrit par Engle (1977) et Gatchel et al.(2007)

Cette évolution conceptuelle multidimensionnelle a directement favorisé l'émergence de modèles de prise en charge interdisciplinaires, visant à intégrer différents professionnels autour du vécu global du patient.

Modèles de collaboration dans la prise en charge de la douleur chronique

La complexité de la douleur chronique exige des modèles de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle. Dans son *Continuum de soins et de services en douleur chronique 2021-2026*, le MSSS souligne que les besoins des personnes vivant avec une douleur chronique nécessitent une prise en charge concertée (MSSS, 2021).

Bien que les notions de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité renvoient toutes deux à la participation de plusieurs professionnels, l'interdisciplinarité se distingue par l'intégration des savoirs, la coordination des interventions et l'établissement d'objectifs partagés centrés

sur le patient (D'Amour et Oandasan, 2005). Cette approche intégrative est aujourd'hui reconnue comme la modalité clinique la plus pertinente pour répondre aux problématiques complexes de la douleur chronique (Groupe de travail canadien sur la douleur, 2019).

La perception

Dans le cadre de cette étude, la notion de perception se définit comme la manière dont les professionnels de la santé comprennent, interprètent et évaluent la place ainsi que la pertinence de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique (Creswell, 2013). Selon Creswell (2013), la recherche qualitative s'intéresse au sens que les individus attribuent à leurs expériences et aux phénomènes qu'ils rencontrent dans leur milieu. Les perceptions sont alors envisagées comme des représentations subjectives, construites au confluent des connaissances théoriques, des expériences cliniques personnelles et du contexte institutionnel dans lequel évoluent les acteurs.

Les professionnels de la santé

Au Québec, le terme « professionnel de la santé » désigne spécifiquement toute personne membre d'un ordre professionnel régi par le *Code des professions* (RLRQ, c. C-26) et habilitée par la loi à exercer des activités à caractère professionnel dans le domaine de la santé. Selon ce code, les ordres ont pour mission première d'assurer la protection du public en contrôlant la compétence et la conduite de leurs membres. L'inscription à un ordre professionnel accorde au praticien un droit d'exercice ou un titre réservé défini par la législation propre à chaque profession, tout en l'assujettissant au respect d'un code de déontologie contraignant.

De manière complémentaire, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2) utilise cette terminologie pour désigner « les professionnels régis par un ordre professionnel et exerçant leurs activités dans le réseau de la santé et des services sociaux » (art. 3, paragr. 4). Ces professionnels comprennent notamment les médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières, psychologues et pharmaciens.

Ainsi, le statut de professionnel de la santé renvoie à une reconnaissance légale et réglementaire stricte assurant la compétence, la responsabilité et la reddition de comptes des individus (*Code des professions*, RLRQ, c. C-26). Cette frontière claire entre les

professionnels légalement réglementés et les praticiens non encore intégrés au système professionnel (comme les ostéopathes) s'avère essentielle pour analyser les dynamiques de collaboration, les mécanismes de reconnaissance et les facteurs de réticence entre les différents acteurs œuvrant auprès des personnes vivant avec de la douleur chronique.

RECENSION DES ÉCRITS

But de la recension des écrits

La présente recension porte sur les perceptions des professionnels de la santé, du Québec, concernant la place et la pertinence de l'ostéopathie dans sa prise en charge de la douleur chronique.

Cette recension a pour objectif de situer la problématique à l'étude dans l'état actuel des connaissances, de relever les principaux concepts théoriques associés à la question de recherche et de mettre en lumière les enjeux cliniques, professionnels et organisationnels pouvant influencer l'intégration de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. Elle contribue également à justifier la pertinence de la présente étude en repérant certaines lacunes dans la littérature actuelle, par rapport aux perceptions des professionnels de la santé à l'égard de l'ostéopathie, au Québec.

La recherche documentaire s'est inscrite dans une démarche itérative. Une première exploration de la littérature a permis de relever les principaux concepts associés à la question de recherche. Au fur et à mesure de l'avancement de la recension, certains concepts, mots-clés et critères de sélection ont été précisés afin de mieux cibler les documents les plus pertinents à l'objet d'étude. Cette démarche a favorisé une compréhension progressive du phénomène étudié et a permis d'adapter la stratégie documentaire à l'évolution des connaissances recensées.

Question de recension des écrits

La question de recherche ayant guidé cette recension des écrits a été élaborée à partir de la méthode PICOT, couramment utilisée afin de soutenir l'élaboration de stratégies de recherche documentaire rigoureuses. Dans le cadre de la présente étude, la population d'intérêt (P) correspondait aux professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique. Le phénomène d'intérêt (I) concernait les perceptions, les connaissances, les attitudes, les expériences et les pratiques de référence liées à l'ostéopathie. Le contexte (Co) visait la prise en charge de la douleur chronique ainsi que les interactions entre l'ostéopathie et les autres professions de la santé. La recherche

documentaire a privilégié les publications parues entre 2010 et 2025 afin de refléter l'évolution récente des connaissances relatives à la douleur chronique, à l'ostéopathie et à la collaboration interprofessionnelle, en français et en anglais. Certains documents antérieurs à cette période ont toutefois été conservés lorsqu'ils demeuraient pertinents pour la compréhension de concepts théoriques ou organisationnels mobilisés dans la littérature contemporaine.

Méthodologie

Stratégie de recherche documentaire

Les recherches documentaires ont été réalisées à partir de plusieurs ressources documentaires reconnues en sciences de la santé et en sciences sociales. Les principales bases de données consultées comprenaient MEDLINE (via les ressources de l'Université de Sherbrooke), CINAHL ainsi que la *Cochrane Library*, une bibliothèque spécialisée regroupant notamment des revues systématiques et des synthèses de données probantes.

Des ressources documentaires multidisciplinaires et en sciences sociales ont également été mobilisées, notamment *Web of Science*, *Social Sciences Full Text* (via la plateforme *EBSCOhost*), Cairn.info et Érudit. *Google Scholar* a été utilisé de manière complémentaire afin de repérer des publications supplémentaires et d'effectuer une recherche rétrospective à partir des références citées dans les articles retenus.

En complément des bases de données générales, des ressources spécialisées dans le domaine de l'ostéopathie ont été consultées, notamment Osteomed DR. Plusieurs revues scientifiques spécialisées ont également été examinées, dont l'*International Journal ofOsteopathic Medicine* (IJOM), le *Journal of Osteopathic Medicine* ainsi que le *Journal of Osteopathy* (JAOA/JOM). Des publications professionnelles et francophones du domaine, notamment *Mains libres* ainsi que *La Revue de l'Ostéopathie*, ont également été consultéesafin de documenter le contexte professionnel de l'ostéopathie. Cette dernière constitue, depuis 2026, une revue scientifique évaluée par les pairs.

Concepts et mots-clés

La stratégie de recherche documentaire a été élaborée à partir de quatre concepts principaux :

- L'ostéopathie et les thérapies manuelles ou complémentaires
- La douleur chronique
- Les professionnels de la santé
- La perception et les représentations

Pour chacun de ces concepts, plusieurs mots-clés et synonymes ont été recensés en français et en anglais. Les recherches ont été effectuées en combinant ces termes à l'aide d'opérateurs booléens (AND, OR), selon les spécificités de chaque base de données.

Des sites institutionnels reconnus ont aussi été consultés notamment pour la définition des concepts liés à la question de recherche

Les principaux mots-clés utilisés sont présentés dans le **Tableau 1** suivant.

Tableau 1
Concepts et mots-clés utilisés pour la stratégie de recherche documentaire

Concepts	Mots-clés
Ostéopathie et thérapies associées	osteopathy, osteopathic medicine, manual therapy, manipulative therapy, complementary and alternative medicine (CAM), ostéopathie, thérapie manuelle
Douleur chronique	chronic pain, persistent pain, long-term pain, chronic musculoskeletal pain, douleur chronique, douleur persistante
Professionnels de la santé	health professionals, healthcare providers, clinicians, physicians, nurses, professionnels de la santé, cliniciens

Perception et représentations	perception, attitudes, beliefs, views, opinions, perspectives, représentations, croyances

Critères d'éligibilité

Les articles ayant été considérés comme admissibles sont les documents permettant de documenter l'un ou plusieurs des thèmes centraux de la présente recherche, soit la douleur chronique, l'ostéopathie, les médecines complémentaires, la collaboration interprofessionnelle, les perceptions des professionnels de la santé ainsi que le contexte professionnel, réglementaire et organisationnel de l'ostéopathie. Les publications scientifiques, les revues de littérature et certains documents de littérature grise jugés pertinents ont été retenus.

La recherche documentaire a privilégié les publications parues entre 2010 et 2025 afin de refléter l'évolution récente des connaissances relatives à la douleur chronique, à l'ostéopathie et à la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, certains documents publiés entre 2005 et 2010 ont été conservés lorsqu'ils constituaient des références conceptuelles ou théoriques importantes pour la compréhension du sujet.

Critères d'exclusion

Ont été exclus de la recension :

- Les publications antérieures à 2005, à l'exception de certains textes conceptuels ou théoriques jugés essentiels à la compréhension du sujet;
- Les études portant principalement sur l'utilisation de produits naturels, de plantes médicinales, de suppléments ou sur les interactions entre ces produits et les traitements pharmacologiques ;
- Les études réalisées dans des contextes socioculturels, réglementaires ou organisationnels très éloignés du contexte nord-américain ou européen, lorsque les

particularités des systèmes de soins ou des traditions thérapeutiques limitaient la transférabilité des résultats à l'objet de la présente recherche ;

- Les documents dont le texte intégral n'était pas accessible ;
- Les publications dont le contenu ne contribuait pas à documenter les thèmes centraux de la recherche ou à répondre à la question de recherche.

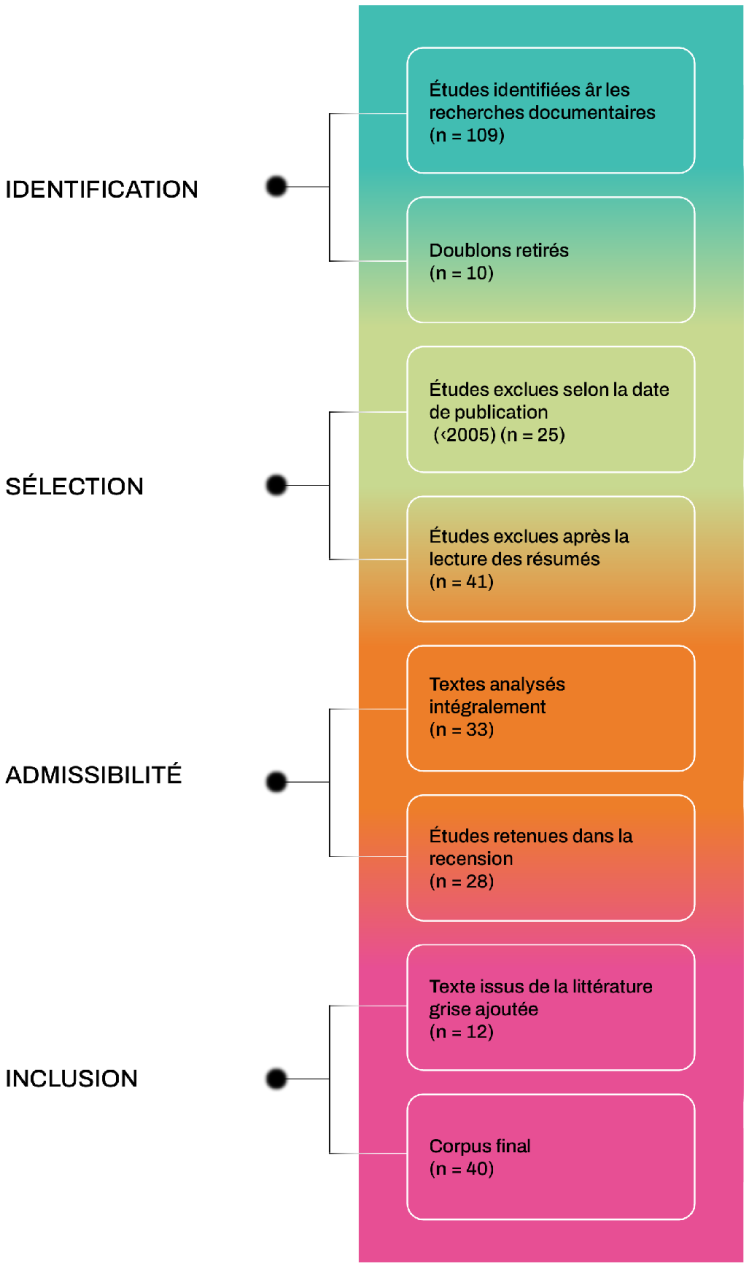
Processus de sélection des écrits

L'ensemble des références repérées a été importé dans le logiciel de gestion bibliographique *Zotero* afin de faciliter leur organisation, leur classement et l'identification des doublons. Le processus de sélection des documents a été structuré selon les lignes directrices du cadre PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), qui vise à assurer la transparence et la rigueur des recensions de la littérature en documentant les étapes d'identification, de sélection et d'inclusion des documents.

Au total, 109 études ont été initialement sélectionnées à partir du titre. De celles-ci, 10 doublons ont été retirés. Ensuite, 25 textes ont été exclus en raison de leur date de publication antérieure à 2005. À la suite de la lecture des résumés, 41 études ont été exclues. Finalement, 33 études ont été analysées dans leur intégralité, dont 28 ont été retenues pour la recension. À ces 28 études, 12 documents issus de la littérature grise ont été ajoutés pour mieux soutenir les propos, pour un total de 40 documents. Le diagramme PRISMA suivant illustre le cheminement ayant mené à l'inclusion des sources analysées.

Figure 2

Diagramme PRISMA du processus de sélection des documents inclus dans la recension



Les documents retenus ont ensuite fait l'objet d'une analyse systématique à l'aide d'un tableau synthèse regroupant notamment les objectifs, la méthodologie, la population étudiée, ainsi que les forces et limites de chaque publication (**Annexe A**).

Analyse du corpus

Forces du corpus

L'une des principales forces du corpus réside dans sa diversité méthodologique qui favorise une compréhension des multiples facettes du phénomène à l'étude. Les études qualitatives (entretiens semi-dirigés, groupes de discussion, analyses thématiques) permettent d'accéder empiriquement aux représentations, aux logiques professionnelles et aux freins perçus, tandis que les approches quantitatives (questionnaires, analyses descriptives) offrent une vision plus large des différentes attitudes et des niveaux d'acceptabilité des traitements s'éloignant du paradigme strictement biomédical. Les revues de littérature, les articles à visées théoriques ou épistémologiques, de même que les rapports institutionnels viennent, quant à eux, structurer ces résultats empiriques en les inscrivant dans des cadres conceptuels et épidémiologiques plus larges.

Cette complémentarité ne se réduit pas à une juxtaposition de méthodes : elle révèle une intertextualité marquée entre les travaux. Par exemple, les études qualitatives qui mettent en évidence des réticences liées à l'incertitude quant aux compétences des ostéopathes trouvent un écho dans les données quantitatives montrant une adoption partielle ou conditionnelle des approches complémentaires par les professionnels de la santé.

De même, les rapports institutionnels sur la prévalence et les effets de la douleur chronique à la fois sur les individus et les collectivités fournissent un cadre explicatif mobilisé implicitement ou explicitement par plusieurs études empiriques pour justifier l'intérêt réel des approches complémentaires comme l'ostéopathie.

Le corpus se distingue également par sa couverture géographique étendue, qui comprend des données canadiennes et des études issues de contextes comparables (Europe occidentale, Australie, États-Unis). Cette diversité permet de dégager des convergences importantes : plusieurs travaux, malgré leurs contextes géographiques et institutionnels distincts, mettent en lumière des dynamiques similaires de prudence professionnelle, de méconnaissance des pratiques ostéopathiques, mais aussi de reconnaissance, plus ou moins conditionnelle, de leur utilité, notamment dans le traitement des troubles musculosquelettiques. Cette récurrence thématique renforce la crédibilité des tendances

observées, d'autant plus que le degré d'intégration de l'ostéopathie aux institutions varie d'un pays à l'autre.

Par ailleurs, une proportion significative des publications est relativement récente (2018–2025), ce qui assure une certaine actualité des constats, notamment en lien avec l'évolution des discours sur l'interdisciplinarité, la prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique et l'intégration progressive des approches complémentaires dans certains systèmes de santé. Enfin, plusieurs travaux ciblent directement les perceptions de professionnels de la santé (médecins, infirmières, autres praticiens), ce qui constitue un ancrage pertinent pour la question de recherche.

Faiblesses et limites du corpus

Malgré ces forces, le corpus comporte des limites importantes qui en réduisent la portée analytique. Il faut les identifier afin de bien contextualiser les données recueillies lors de la réalisation de notre étude.

La lacune la plus déterminante concerne la quasi-absence de données empiriques spécifiques au Québec. Aucun des travaux recensés n'examine directement les perceptions des professionnels de la santé québécois à l'égard de l'ostéopathie dans le contexte de la douleur chronique. Cette absence se révèle d'autant plus problématique que plusieurs études soulignent implicitement l'importance du cadre réglementaire et institutionnel dans la structuration des perceptions professionnelles. Or, le Québec se distingue par un contexte particulier : l'absence d'un ordre professionnel pour les ostéopathes, organisation centralisée du système de santé et modalités spécifiques d'intégration des approches complémentaires. En raison de la structure politique et de la dynamique de division des compétences fédérales-provinciales, les études pancanadiennes existantes renvoient à une multitude de contextes juridiques et réglementaires différents, limitant leur transférabilité.

Une seconde limite majeure réside dans le manque de spécificité disciplinaire. Une grande partie des travaux aborde les « *Complementary and Alternative Medicines* » (CAM) de manière globale, ce qui tend à diluer les particularités propres à l'ostéopathie. Cette généralisation est d'ailleurs visible dans l'intertextualité du corpus : plusieurs études reprennent des catégories larges sans distinction fine entre les approches, ce qui entraîne

une homogénéisation, voire une dilution des perceptions rapportées. Ainsi, les résultats concernant l'acceptabilité des MAC ne peuvent être transposés directement à l'ostéopathie sans prendre d'importantes précautions.

Le corpus souffre également d'un flou quant aux populations étudiées. Bien que certains travaux portent sur des professionnels de la santé, plusieurs ciblent des groupes périphériques à la question de recherche (ostéopathes eux-mêmes, étudiants, patients ou spécialistes de domaines spécifiques). Cette dispersion limite la capacité à isoler les représentations propres aux acteurs clés de la prise en charge de la douleur chronique (médecins de famille, physiothérapeutes, infirmières praticiennes, ergothérapeutes, etc.). Là encore, une intertextualité se dessine : les études tendent à mobiliser des résultats issus de populations variées et spécifiques pour alimenter des conclusions générales, ce qui peut introduire des biais d'interprétation.

La focalisation sur la douleur chronique constitue une autre faiblesse importante. Si les rapports institutionnels offrent un cadre solide pour cette problématique, peu d'études empiriques articulent explicitement la question de l'ostéopathie à celle de la douleur chronique. La majorité des travaux traitent de l'intégration de MAC dans une perspective générale ou dans des contextes cliniques spécifiques (oncologie, rhumatologie) non directement liés à cette problématique spécifique. Cette limite affectera sans doute l'intégration directe des résultats de notre étude dans un champ de connaissance spécifique. Cependant, cela représente une possibilité de recherche majeure dans un contexte où le statut institutionnel des ostéopathes québécois est appelé à changer de façon profonde dans les prochaines années.

Enfin, plusieurs limites méthodologiques récurrentes ont été observées : échantillons restreints et non représentatifs, biais variés (sélection, auto-déclaration, etc.), possible influence de la désirabilité sociale dans les réponses, instruments de mesure très variés ou non standardisés ou encore une grande hétérogénéité des cadres analytiques. Ces limites sont parfois reconnues par les auteurs eux-mêmes et reprises implicitement dans d'autres études du corpus, témoignant d'une certaine cohérence critique interne, mais elles n'en demeurent pas moins contraignantes pour la robustesse globale des conclusions pouvant en être tirées.

Synthèse et portée pour la recherche

Dans l'ensemble, le corpus se révèle particulièrement solide pour établir un cadre théorique et contextuel. Il permet de documenter les grandes tendances internationales et canadiennes en matière de perception des médecines complémentaires et alternatives, d'identifier les principaux freins et leviers à leur intégration et de mobiliser des modèles explicatifs pertinents (acceptation des innovations, collaboration interprofessionnelle, logiques de légitimation professionnelle). L'intertextualité entre les études renforce ces apports en faisant émerger des convergences conceptuelles et des récurrences thématiques.

Cependant, ces lacunes —telles que les variabilités géographiques, disciplinaires, populationnelles et institutionnelles— font en sorte qu'il est impossible de formuler une réponse directe, précise et conceptualisée à la question de recherche.

Ainsi, ce corpus doit être envisagé comme une fondation nécessaire, mais insuffisante. Il justifie pleinement la pertinence d'une collecte de données primaires au Québec et oriente clairement les choix méthodologiques à privilégier. L'étude peut néanmoins s'appuyer sur ces travaux pour construire un cadre conceptuel cohérent avec la littérature existante, tout en se positionnant explicitement comme une contribution visant à combler un vide dans les connaissances empiriques à la suite d'une revue de littérature exhaustive.

LES RÉSULTATS DE LA RECENSION

La synthèse des textes issus de la littérature a permis de faire ressortir six thématiques majeures qui sont décrites dans la présente section.

Les données probantes

L'analyse du corpus révèle que la question des données probantes constitue l'un des principaux facteurs influençant les perceptions des professionnels de la santé à l'égard de l'ostéopathie et, plus largement, des MAC.

Cette importance accordée aux données probantes s'inscrit d'ailleurs dans les orientations contemporaines des systèmes de santé. L'OMS (2025) rappelle, dans sa *Stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle 2025-2034*, que toute utilisation de la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative (MTCIM) devrait s'appuyer sur les meilleures données probantes accessibles. Cette orientation établit la place centrale qu'occupe la science dans la détermination des soins jugés appropriés ainsi que dans la reconnaissance de la légitimité des différentes approches thérapeutiques.

Cette préoccupation est également partagée par les professionnels de la santé. Les travaux recensés convergent vers l'idée que la disponibilité de données probantes constitue un critère important de reconnaissance de légitimité des médecines complémentaires et alternatives aux yeux des professionnels de la santé. Youn et al. (2023), dans le cadre de leur revue systématique, indiquent que les cliniciens, particulièrement les médecins, considèrent la disponibilité de preuves scientifiques robustes comme une condition essentielle à l'intégration des médecines complémentaires dans le parcours de soin. Jarvis et al. (2015), quant à eux, illustrent concrètement, chez des médecins généralistes anglais, comment l'insuffisance des preuves scientifiques contribue à distinguer ces approches des traitements conventionnels. Dans le même sens, Roth et al. (2019) observent qu'un recours accru aux données probantes par les praticiens des MAC favorise leur acceptabilité auprès des professionnels de la santé, des patients et des gestionnaires d'établissements de soins.

Toutefois, on remarque dans le corpus une certaine nuance dans cette position. Malgré les réserves exprimées quant à la qualité ou à la quantité des preuves scientifiques existantes,

certains professionnels rapportent s'appuyer sur leur expérience clinique pour juger de la pertinence d'une approche non conventionnelle. Ceux-ci seraient en effet plus enclins à recommander une approche complémentaire lorsqu'ils en observent des bénéfices chez leurs patients. Jarvis et al. (2015) soulignent notamment que plusieurs médecins reconnaissent un potentiel thérapeutique aux approches complémentaires, même lorsque les données probantes demeurent limitées.

Le corpus fait également ressortir des divergences plus fondamentales concernant la conception même du savoir scientifique. Sharp et al. (2018) mentionnent que les professionnels formés dans le paradigme biomédical tendent à privilégier des critères tels que la reproductibilité, la quantification et la démonstration de relations causales mesurables. À l'inverse, plusieurs approches complémentaires reposent davantage sur des conceptions holistiques et individualisées de la santé, dans lesquelles l'expérience clinique et la singularité du patient occupent une place importante. Cette divergence épistémologique contribue à expliquer certaines tensions observées dans la littérature quant à l'évaluation et à la reconnaissance des MAC.

Cette réalité est également évoquée par Joyce et al. (2016), qui soulignent les difficultés associées à l'évaluation des approches complémentaires à l'aide des méthodologies conventionnelles. Selon ces auteurs, la complexité et le caractère individualisé de plusieurs interventions rendent parfois difficile leur étude selon les modèles expérimentaux traditionnellement privilégiés dans la recherche biomédicale.

Dans sa présentation pour la Mayo Clinic, Singla (2025) démontre que les outils de validation conventionnels sont inadaptés aux MAC en raison de trois ruptures épistémologiques :

- Le rejet de la relation humaine : La recherche cherche à éliminer l'effet placebo, alors que l'interaction empathique du praticien représente un pilier indissociable du soin holistique.
- L'impossible standardisation : Les protocoles rigides de la science classique n'arrivent pas à intégrer des thérapies qui s'adaptent, par définition, à la singularité de chaque patient.

- L’échec du double aveugle : Ce standard d’évaluation se révèle irréalisable pour les thérapies manuelles et physiques, où le praticien est nécessairement conscient de son geste.

Dans l’ensemble, le corpus suggère que les données probantes jouent un rôle central dans la construction de la légitimité professionnelle de l’ostéopathie et, plus largement, des autres MAC. Toutefois, les études recensées montrent aussi que cette exigence n’agit pas de manière absolue : elle peut être modulée par l’expérience clinique, les bénéfices perçus chez les patients et par des conceptions divergentes de ce qui constitue une preuve scientifique valable.

La méconnaissance des MAC par les professionnels de la santé

La méconnaissance des MAC par les professionnels de la santé apparaît comme un facteur important dans la construction de leurs perceptions à l’égard de ces approches.

Dans une étude qualitative menée en soins palliatifs à l’hôpital Delafontaine en France, Paubert et al. (2024) soulignent que plusieurs soignants ont exprimé leur scepticisme au sujet de l’ostéopathie, évoquant un manque d’information sur ses principes, ses indications et le rôle du praticien. Certains reconnaissaient ne pas disposer d’informations suffisantes pour expliquer l’ostéopathie aux patients ou pour déterminer dans quels contextes elle pourrait se révéler bénéfique. Ces observations illustrent concrètement comment un déficit de connaissances peut alimenter l’hésitation des professionnels concernant cette approche. En effet, cette ignorance n’est pas neutre : en l’absence de repères clairs sur les mécanismes et le rôle exact du praticien, les cliniciens conventionnels manquent de critères pour évaluer objectivement l’utilité thérapeutique de l’ostéopathie, ce qui tend à reléguer cette pratique dans une zone d’incertitude et à nourrir des représentations floues.

Cette méconnaissance ne semble pas propre à l’ostéopathie ni à un seul contexte clinique. La revue systématique de Youn et al. (2023) montre qu’elle demeure largement répandue, notamment en oncologie, où plusieurs cliniciens expriment le besoin d’une formation continue afin de mieux comprendre le rôle et les limites des thérapies complémentaires. Ces résultats suggèrent que le manque de connaissances sur les MAC peut constituer un obstacle à leur intégration dans les trajectoires de soins, en limitant la capacité des

professionnels à les évaluer, à en discuter avec les patients ou à les orienter de façon éclairée.

À l'inverse, certains écrits laissent penser qu'une meilleure familiarité avec ces approches peut favoriser des attitudes plus positives à leur égard. Une étude réalisée auprès d'un groupe d'infirmières australiennes montre que les participantes ayant eu une expérience personnelle positive des MAC étaient plus enclines à les considérer comme un complément utile aux soins offerts en milieu hospitalier (Shorofi etArbon, 2017). Ces résultats suggèrent qu'une meilleure connaissance de ces approches, parfois associée à un usage personnel, peut contribuer à réduire les réserves qu'elles suscitent.

Dans l'ensemble, les études recensées laissent croire que des représentations souvent partielles ou floues des principes, des usages et des limites des MAC influencent la manière dont elles sont perçues par les professionnels de la santé. En entretenant l'incertitude, cette méconnaissance semble contribuer à entretenir des attitudes plus prudentes, voire réservées, à l'égard de leur place dans les soins.

Préoccupation en matière de sécurité clinique

Les enjeux liés à la sécurité clinique de la pratique ostéopathique occupent une place importante dans les perceptions des professionnels de la santé. Dans leur étude qualitative menée en soins palliatifs, Paubert et al. (2024) rapportent que la majorité des soignants interrogés ont exprimé certaines craintes au sujet de l'ostéopathie. Celles-ci concernaient principalement le risque de fracture sur des vertèbres métastasées ou une possible aggravation de l'état des patients atteints de cancer à la suite de manipulations inappropriées. D'autres réserves portaient sur une possible hypersensibilité des patients au toucher. Ces résultats illustrent concrètement la manière dont les préoccupations liées à la sécurité peuvent nourrir la prudence des professionnels à l'égard de cette approche.

Ces appréhensions rejoignent celles relevées par Youn et al. (2023), selon lesquelles de nombreux professionnels associent encore les MAC à des risques d'interaction, d'effets indésirables ou de pratiques insuffisamment encadrées. Cette convergence suggère que les préoccupations en matière de sécurité ne se limitent pas à des situations cliniques

particulières, mais s'inscrivent plus largement dans la manière dont les approches complémentaires sont évaluées par les professionnels de la santé.

De la même manière, Maria et al. (2025), dans une étude qualitative récemment réalisée au Portugal, soulignent que les professionnels de la santé interrogés ont exprimé des doutes quant à la capacité diagnostique des ostéopathes et à la sécurité de certaines techniques. Les auteurs insistent ainsi sur la nécessité d'un meilleur contrôle de la qualité des soins ostéopathiques afin de renforcer la confiance du public et des autres professionnels de la santé.

Dans l'ensemble, les études recensées montrent que les préoccupations liées à la sécurité de l'ostéopathie et des MAC reposent principalement sur des craintes concernant les risques cliniques pour les patients, les compétences des ostéopathes et l'encadrement des pratiques. Elles semblent ainsi contribuer à entretenir une certaine prudence, voire des réserves, quant à la place de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins.

Limites des traitements conventionnels et demande du patient

La prudence des professionnels de la santé évoquée dans la section précédente coexiste avec une perception concernant le rôle que peuvent jouer MAC, lorsque les traitements conventionnels atteignent leurs limites.

Les études recensées montrent que l'ouverture des professionnels à l'égard des MAC est souvent plus grande dans les situations où les approches conventionnelles ne génèrent pas de bénéfices jugés suffisants. Jarvis et al. (2015) rapportent que des médecins généralistes considèrent certaines approches complémentaires comme des options valables pour des patients souffrant de douleur chronique ou de maladies réfractaires, en particulier lorsque les traitements médicamenteux ou chirurgicaux ne produisent plus de résultats significatifs. Dans le même ordre d'idées, Sharp et al. (2018) observent que les médecins de première ligne perçoivent les MAC comme une réponse possible aux « lacunes thérapeutiques » de la biomédecine, particulièrement dans les affections musculosquelettiques chroniques pour lesquelles les options conventionnelles sont jugées limitées ou insatisfaisantes.

Cette ouverture se manifeste également dans des contextes de soin où l'amélioration du confort et de la qualité de vie devient une priorité. Dans l'étude de Paubert et al. (2024), plusieurs soignants considèrent ainsi l'ostéopathie comme un moyen d'améliorer le confort, la qualité de vie et la relation au corps, particulièrement chez les patients en impasse thérapeutique.

La demande des patients contribue elle aussi à moduler ces perceptions. Jarvis et al. (2015) montrent que cette demande constitue souvent un moteur important d'ouverture des médecins à l'égard des MAC, parfois davantage que leurs propres convictions professionnelles quant à l'efficacité de ces pratiques. Dans ce contexte, plusieurs professionnels adoptent une posture pragmatique : tout en demeurant prudents, ils reconnaissent la valeur du bien-être ou du soulagement que les patients attribuent à ces approches.

Dans l'ensemble, les études recensées laissent croire que les professionnels de la santé reconnaissent plus volontiers l'intérêt possible des MAC lorsque la médecine conventionnelle montre ses limites ou lorsque les patients expriment eux-mêmes un intérêt pour ces approches. Cette ouverture demeure toutefois largement pragmatique et personnelle et semble reposer moins sur une adhésion pleine aux fondements de ces pratiques que sur les bénéfices perçus dans certaines situations cliniques spécifiques.

Reconnaissance institutionnelle et légitimité professionnelle

Enjeux financiers

Les perceptions des professionnels de la santé à l'égard MAC s'ancrent également dans des réalités institutionnelles et financières qui influencent leur reconnaissance et leur légitimité.

Hollenberg (2006) et Gaboury et al. (2009) observent que l'absence d'un régime universel de remboursement des MAC constitue un obstacle important à la collaboration interprofessionnelle. Dans plusieurs juridictions, les praticiens biomédicaux sont rémunérés par l'État, tandis que les praticiens des MAC dépendent principalement du paiement direct des patients ou d'assurances privées. Cette différence de statut économique contribue à maintenir ces approches en marge du système de santé conventionnel et peut en limiter la légitimité aux yeux des professionnels.

Cette dynamique est solidement appuyée par les conclusions d'un rapport québécois publié par l'Unité d'Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (Lai et al., 2024). En synthétisant la littérature, ce rapport confirme que le manque de financement public et d'incitatifs économiques demeure une barrière structurelle majeure. Ces contraintes économiques teintent directement la perception des professionnels de la santé : l'absence de mécanismes de remboursement publics ou privés tend à marginaliser ces approches en les reléguant au statut de services de consommation privés, ce qui nuit à leur légitimité médicale.

En somme, ces disparités financières ne se limitent pas à une dimension économique, mais agissent comme un puissant vecteur de marginalisation symbolique : tant que les MAC(incluant notamment l'ostéopathie) demeureront exclues des structures de financement publiques, les professionnels de la santé auront tendance à les percevoir comme des pratiques périphériques plutôt que comme des praticiens partenaires de soins crédibles et légitimes.

Enjeux réglementaires

À cette dimension financière s'ajoute un enjeu réglementaire. Les médecins interrogés par Jarvis et al. (2015) se disaient incertains, voire ignorants, des exigences de formation et de certification des praticiens des MAC, tout en estimant qu'une reconnaissance officielle et un encadrement professionnel renforceraient leur confiance à leur égard. De même, Maria et al. (2025) soulignent que la crédibilité et la légitimité professionnelle de l'ostéopathie dépendent étroitement de la mise en place de mécanismes de régulation et d'assurance qualité, comme ce serait le cas avec une formation universitaire standardisée et un encadrement légal. Enfin, Shuval et al. (2002) ainsi qu'Hollenberg (2006) rappellent que les praticiens des MAC demeurent souvent en marge du système de santé en raison d'une reconnaissance institutionnelle insuffisante.

Cette nécessité de disposer d'un encadrement formel est par ailleurs corroborée par le rapport de Lai et al. (2024), qui considère l'absence de politiques publiques claires comme un des freins majeurs à l'orientation des patients vers les MAC par les professionnels de la santé. Plus encore, la synthèse met en lumière un enjeu légal crucial qui teinte la perception

des médecins : l'ambiguïté juridique entourant la responsabilité professionnelle en cas d'incident thérapeutique alimente une posture de prudence, voire de méfiance, chez les cliniciens. À l'inverse, l'analyse de Lai et al. (2024) démontre qu'une réglementation officielle et l'existence d'un cadre législatif clair agissent comme des facilitateurs systémiques puissants, car ils sécurisent l'acte d'orientation, valident les profils de compétences et standardisent les exigences de formation.

En conclusion, l'absence d'une réglementation uniforme et balisée ne fait pas qu'isoler davantage les MAC : elle engendre une insécurité juridique et clinique chez les professionnels de la santé face aux MAC, confirmant ainsi que la légitimité institutionnelle d'une pratique thérapeutique passe inévitablement par sa normalisation par l'État.

Enjeux identitaires

Les contraintes financières et réglementaires s'accompagnent également de tensions identitaires entre la biomédecine et les MAC. Sharp et al. (2018) rapportent que les praticiens de première ligne perçoivent les MAC comme reposant sur un modèle axé sur la globalité et la collaboration thérapeutique, en contraste avec le modèle biomédical, jugé plus réductionniste et centré sur la pathologie. Cette divergence renforce l'idée que les MAC s'appuient sur des approches fondamentalement distinctes, difficiles à arrimer au modèle de la médecine conventionnelle. Selon les auteurs, ces différences de cadres conceptuels peuvent nuire à la compréhension mutuelle entre les professionnels et compliquer l'établissement de relations collaboratives.

La synthèse de Lai et al. (2024) met précisément en relief ce conflit de cultures professionnelles en soulignant que la prédominance historique du modèle biomédical occidental en milieu de soins génère une résistance culturelle tangible. Cette hégémonie se traduit parfois par une dévalorisation ouverte, voire une ostracisation des professionnels qui tentent d'introduire des pratiques intégratives dans leur pratique. En somme, les tensions identitaires ne découlent pas simplement de préférences personnelles, mais d'un choc des rationalités où le modèle biomédical dominant disqualifie d'emblée la philosophie holistique des MAC au rang de croyance ou de pratique marginale.

Enjeux linguistiques

À ces tensions identitaires s'ajoute un enjeu linguistique, étroitement lié aux dynamiques de reconnaissance professionnelle. Gaboury et al. (2009) observent que la capacité des praticiens des MAC à adopter le langage et les codes de la biomédecine constitue souvent une condition implicite d'acceptation. Cette observation rejoint les résultats de Chung et al. (2012), qui considèrent les incompréhensions sémantiques et l'absence d'un langage commun entre les praticiens biomédicaux et les praticiens des MAC comme des obstacles à la collaboration interprofessionnelle.

Devant cette barrière, la synthèse de Lai et al. (2024) insiste sur l'importance cruciale de mettre en place des initiatives qui favorisent la communication interdisciplinaire. Selon le rapport, ces espaces d'échange s'avèrent indispensables pour surmonter les stéréotypes et s'accorder sur la sémantique, permettant ainsi de négocier une traduction conceptuelle respectueuse des deux paradigmes sans que le discours biomédical n'efface la terminologie propre aux MAC.

Dans l'ensemble, la littérature montre que les différences de paradigmes, les enjeux liés à l'identité professionnelle ainsi que l'absence d'un langage commun contribuent à façonner les perceptions des professionnels à l'égard des MAC. En définitive, l'enjeu linguistique révèle que la communication interprofessionnelle dépasse le simple partage d'informations pour devenir un exercice de pouvoir : sans la valorisation d'un vocabulaire partagé et inclusif, ce cloisonnement sémantique continuera de figer le regard des cliniciens conventionnels dans le scepticisme et de freiner l'émergence d'une réelle culture intégrative.

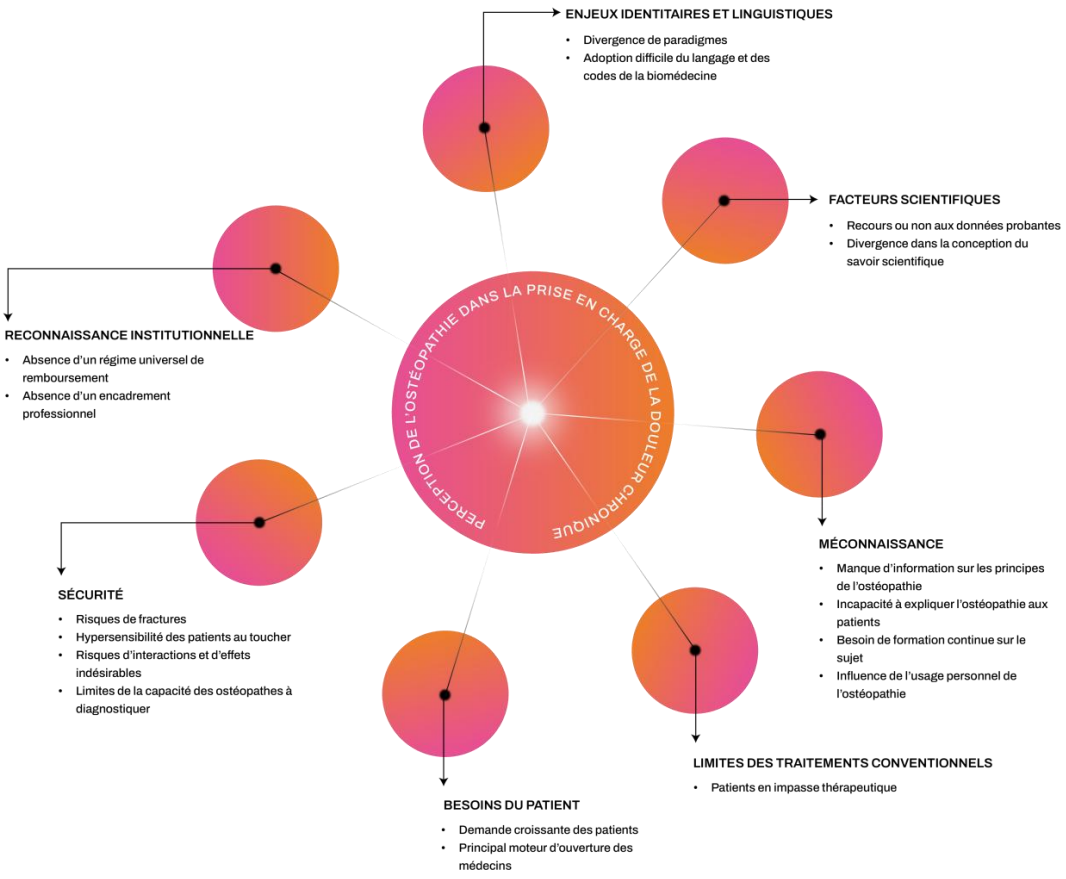
Conclusion

Dans l'ensemble, les écrits recensés montrent que les perceptions des professionnels de la santé à l'égard de l'ostéopathie et des autres MAC se construisent à l'intersection de multiples facteurs. Les données probantes existantes, les préoccupations liées à la sécurité, le niveau de connaissance des professionnels, les expériences cliniques, les attentes des patients ainsi que les réalités institutionnelles, réglementaires et professionnelles contribuent toutes à façonner leur ouverture envers ces approches. La **Figure 3** présente

une synthèse des principaux facteurs considérés dans la littérature comme influençant les perceptions des professionnels de la santé à l'égard de l'ostéopathie et des autres médecines complémentaires et alternatives.

Figure 3

Principaux facteurs influençant les perceptions des professionnels de la santé



Sommaire

Cette recension des écrits a permis de documenter les principaux facteurs susceptibles d'influencer les perceptions des professionnels de la santé à l'égard de l'ostéopathie dans le contexte de la douleur chronique. Elle met notamment en lumière l'importance des données probantes, des préoccupations liées à la sécurité, de la méconnaissance de l'ostéopathie, des limites des traitements conventionnels ainsi que des enjeux réglementaires, institutionnels et identitaires associés à cette pratique.

Toutefois, malgré la richesse du corpus recensé, plusieurs limites importantes subsistent. Peu d'études portent spécifiquement sur l'ostéopathie et plusieurs regroupent cette profession au sein d'un ensemble plus large de médecines complémentaires et alternatives. En outre, aucun des travaux recensés ne permet de documenter directement les perceptions des professionnels de la santé québécois à l'égard de l'ostéopathie dans le contexte particulier de la douleur chronique. Cette absence apparaît particulièrement importante dans un contexte où l'ostéopathie traverse actuellement une période de transformation majeure au Québec, marquée par des démarches visant son intégration au système professionnel.

Ces constats mettent en évidence la pertinence de réaliser une étude empirique auprès de professionnels de la santé québécois afin de mieux comprendre leurs perceptions, les facteurs qui les influencent ainsi que les enjeux susceptibles de favoriser ou de freiner l'intégration de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. Le chapitre suivant présente les choix méthodologiques ayant guidé cette démarche de recherche.

MÉTHODOLOGIE

Objectif de recherche

La présente recherche vise à explorer et à comprendre les perceptions des professionnels de la santé québécois à l'égard de la place et de la pertinence de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. Elle cherche à documenter les connaissances, les représentations, les expériences, les préoccupations et les significations que ces professionnels associent à cette approche de soins dans le contexte de leur pratique clinique.

Cadre épistémologique

Avant d'exposer l'analyse des données et les détails du devis méthodologique, il importe de préciser que le cadre épistémologique mobilisé s'inscrit dans une approche constructiviste. Selon cette perspective, la réalité sociale n'est pas le fait d'un ensemble d'entités objectives et préexistantes ; elle doit plutôt être comprise comme une construction humaine issue des interactions, des pratiques et des contextes dans lesquels évoluent les acteurs (Paillé et Mucchielli, 2016) et auxquels ils attribuent un sens. Les phénomènes étudiés ici, les perceptions des professionnels de la santé, se déploient dans l'expérience vécue et dans la manière dont les chercheurs et les participants à l'étude leur attribuent une signification.

Les perceptions exprimées par les participants à l'étude sont ainsi reconstruites, contextualisées et interprétées à partir des discours et des expériences partagés avec le chercheur lors des entretiens. Le sens attribué à ces données discursives brutes résulte donc de la rencontre entre les savoirs expérientiels des professionnels et le travail interprétatif du chercheur.

Cette position épistémologique oriente l'analyse de deux façons :

1. Une attention portée à la manière dont les professionnels de la santé construisent le sens qu'ils attribuent à l'ostéopathie, en s'attardant aux processus par lesquels leurs perceptions, leurs pratiques et leurs représentations se développent, se transforment et s'expriment.
2. Une posture interprétative assumée, reconnaissant que le regard du chercheur contribue à la mise en forme du sens.

Cadre théorique

L'adoption d'une posture épistémologique constructiviste requiert un cadre théorique capable de rendre compte de la pluralité des significations, de la subjectivité des acteurs et de la dimension relationnelle des expériences professionnelles.

Ainsi, dans un souci de cohérence avec l'approche constructiviste adoptée, un cadre théorique adapté de la phénoménologie a été retenu afin de structurer l'analyse. Celui-ci permet d'explorer la pluralité des expériences vécues par les répondants en éclairant la manière dont les significations particulières attribuées à celles-ci découlent de l'interaction entre des environnements interprofessionnels, disciplinaires et institutionnels spécifiques.

L'analyse des données recueillies ne se limite donc pas à une démarche strictement descriptive consistant, par exemple, à répertorier des comportements observables. Elle vise plutôt, à travers un processus d'interprétation réflexive, à faire émerger le sens que les participants attribuent eux-mêmes à leur expérience. Dans cette perspective, les perceptions exprimées par les professionnels de la santé ne sont pas considérées comme de simples opinions individuelles ni comme des faits objectifs susceptibles d'être généralisés. Elles sont plutôt comprises comme un ensemble de constructions contextualisées, relationnelles et dynamiques, influencées par les environnements organisationnels, professionnels et sociaux dans lesquels elles prennent forme.

La compréhension du phénomène s'élabore dans une dynamique intersubjective où le sens ne procède jamais d'une seule subjectivité. L'analyse qualitative ne prétend pas à une neutralité axiologique complète; elle se construit plutôt à l'intersection de deux univers de

sens : celui des participants et celui du chercheur, chacun étant porteur de repères, d'expériences, d'attentes et de significations possibles (Paillé et Mucchielli, 2016). Les connaissances qui émergent de ce processus prennent ainsi forme dans cet espace de rencontre où dialoguent récits expérientiels et sensibilités analytiques. La reconnaissance de cette dimension intersubjective ne constitue pas une limite à la rigueur scientifique de la démarche de recherche, elle en représente plutôt une condition essentielle, dans la mesure où elle permet de rendre explicite le cadre dans lequel les interprétations sont produites et comprises.

Une telle posture théorique et interprétative implique toutefois certaines limites méthodologiques et épistémologiques qu'il importe de reconnaître. Puisqu'il repose sur l'interprétation du vécu et des significations attribuées par les participants, ce cadre ne vise pas la généralisation statistique des résultats, mais plutôt une compréhension approfondie et contextualisée du phénomène étudié. En outre, la place accordée à l'intersubjectivité nécessite une réflexivité constante de la part du chercheur, c'est-à-dire une prise de conscience critique de l'influence possible de ses propres repères, expériences et interprétations (Paillé et Mucchielli, 2016).

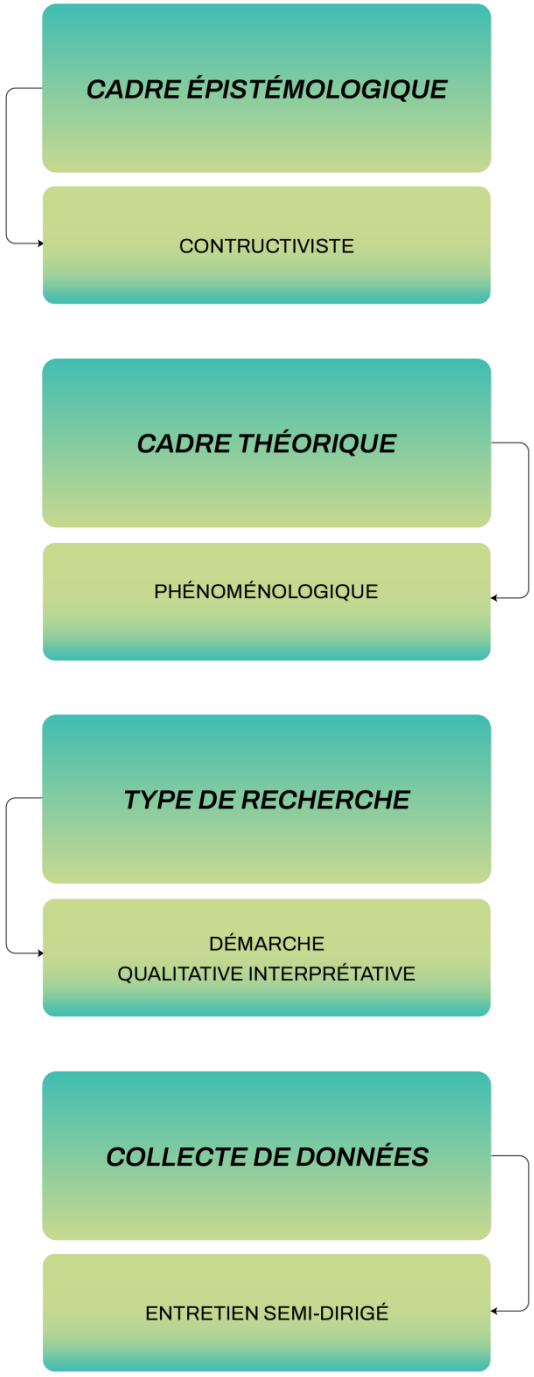
Devis méthodologique

Type de recherche approche méthodologique

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative interprétative cohérente avec la posture constructiviste adoptée. Cette approche vise à comprendre les significations que les professionnels de la santé attribuent à l'intégration de l'ostéopathie au sein des trajectoires de soins destinées aux personnes vivant avec une douleur chronique. Elle permet d'explorer la manière dont ces perceptions se construisent, se négocient et se transforment à travers les expériences, les interactions et les contextes organisationnels dans lesquels les participants évoluent. Dans cette perspective, les représentations exprimées ne sont pas considérées comme des réalités objectives et fixes, mais comme des constructions de sens façonnées par les parcours professionnels, les pratiques cliniques, les relations interprofessionnelles et les réalités propres aux milieux de soins. La **Figure 4** suivante présente une synthèse du cadre épistémologique et théorique qui sous-tend cette étude, ainsi que du type de recherche retenu.

Figure 4

Cadre épistémologique, théorique et méthodologique de la recherche



Population à l'étude et critères de sélection

La population ciblée dans le cadre de cette étude est constituée de professionnels de la santé exerçant au Québec, que ce soit en clinique privée ou au sein du réseau public de la santé. Les participants devaient posséder une expérience clinique auprès de personnes vivant avec une douleur chronique, sans qu'il soit nécessaire que cette clientèle représente l'ensemble ou la majorité de leur pratique professionnelle.

Les critères d'inclusion retenus exigeaient que les participants exercent une activité clinique, qu'ils travaillent ou aient travaillé auprès d'une clientèle présentant une douleur chronique et qu'ils soient en mesure de partager leurs perceptions concernant l'ostéopathie, la collaboration interprofessionnelle ou l'intégration de cette approche dans les trajectoires de soins. Cette sélection visait à recruter des professionnels susceptibles d'apporter un éclairage pertinent et fondé sur leur expérience clinique relativement au phénomène étudié.

À l'inverse, les étudiants ne disposant pas d'une pratique clinique autonome ainsi que les professionnels ne détenant aucune expérience significative auprès de personnes vivant avec une douleur chronique ont été exclus de l'étude. Ces critères avaient pour objectif d'assurer la pertinence et la cohérence des données recueillies en s'appuyant sur des participants ayant une connaissance concrète des réalités cliniques associées à la prise en charge de la douleur chronique et à la collaboration entre les différentes disciplines de la santé. Les critères d'inclusion et d'exclusion retenus pour la sélection des participants sont présentés dans le **Tableau 2** suivant.

Tableau 2

Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Être un professionnel de la santé	Être étudiant sans pratique clinique autonome
Exercer au Québec	Ne pas avoir d'expérience clinique pertinente en lien avec la douleur chronique
Travailler en clinique privée ou dans le réseau public	Ne pas être en mesure de participer à un entretien en français
Avoir une expérience clinique auprès de personnes vivant avec de la douleur chronique	
Être en mesure de s'exprimer sur leurs perceptions de l'ostéopathie ou de la collaboration interprofessionnelle	

Recrutement des participant (es)

Dans un premier temps, des démarches de recrutement ont été effectuées auprès de différents établissements et services de santé de la région de Lanaudière. Ces démarches ont notamment pris la forme d'envois de courriels à des centres de réadaptation ainsi qu'à la clinique de la douleur du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)de Lanaudière afin de faire connaître le projet de recherche auprès de professionnels susceptibles de répondre aux critères de sélection. Malgré ces efforts, aucune réponse favorable n'a été obtenue à la suite de ces sollicitations (voir **Annexe 2**)

Dans un deuxièmetemps, une annonce de recrutement a été diffusée sur *Facebook* dans différents groupes regroupant des professionnels de la santé. Cette stratégie visait à élargir la portée du recrutement, à rejoindre des professionnels issus de divers milieux de pratique et à favoriser la diversité des perspectives (voir **Annexe 2**). Bien que cette démarche ait suscité quelques manifestations d'intérêt initiales, le nombre de contacts est demeuré limité, étant donné que seules deux participations (un médecin et une infirmière) ont été confirmées à la suite de cette démarche.

Un appel à participation a également été diffusé dans l'infolettre d'un réseau de physiothérapeutes propriétaires de cliniques. Cette diffusion a été rendue possible grâce à la collaboration de la coordonnatrice de ce réseau, qui a accepté de relayer l'invitation

auprès de ses membres. Cette stratégie a permis le recrutement de deux physiothérapeutes (voir **Annexe 2**)

Ensuite, deux cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de la région de la Lanaudière ont été sollicitées. Ces démarches ont contribué au recrutement de deux infirmières cliniciennes. L'étudiante a aussi sollicité des professionnels de la santé communautaire de son village et des villages avoisinants, ce qui lui a permis de recruter deux dentistes ainsi que deux pharmaciennes communautaires (voir **Annexe 2**)

À la suite de ces résultats, une troisième phase de recrutement a été mise en œuvre en s'appuyant sur le réseau personnel et professionnel de la chercheure. Cette approche a permis de cibler plus directement des professionnels susceptibles de satisfaire aux critères d'inclusion de l'étude. Par ailleurs, certains patients de la chercheure exerçant eux-mêmes une profession de la santé ont été informés de l'existence du projet et invités à y participer s'ils répondaient aux critères de sélection établis. Cette stratégie a finalement permis de recruter les participants ayant pris part à la recherche.

Collecte des données

Choix de l'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé constitue une méthode particulièrement appropriée dans le cadre d'une recherche qualitative interprétative puisqu'il permet d'accéder au vécu, aux perceptions et aux significations que les participants attribuent à leurs expériences (Poupart, 1997). Cette approche favorise l'exploration approfondie de phénomènes complexes en offrant aux participants l'espace nécessaire pour exprimer leur point de vue dans leurs propres termes, ce qui aide à limiter les biais d'interprétation.

Par ailleurs, la souplesse inhérente à l'entretien semi-dirigé permet au chercheur d'adapter le déroulement des échanges en fonction des propos recueillis et d'approfondir certaines dimensions jugées particulièrement significatives à l'aide de questions de relance. Cette flexibilité comporte l'avantage d'enrichir la compréhension du phénomène étudié tout en respectant la singularité de l'expérience de chaque participant.

En cohérence avec la posture constructiviste adoptée dans cette recherche, l'entretien semi-dirigé est également envisagé comme un espace de co-construction du sens, où les connaissances émergent de l'interaction entre le participant et le chercheur. Les données produites ne sont ainsi pas considérées comme de simples informations recueillies, mais comme le résultat d'un processus dialogique à travers lequel se construisent et se négocient les significations associées au phénomène étudié.

Élaboration du guide d'entretien semi-dirigé

L'élaboration du guide d'entretien semi-dirigé a été réalisée conformément aux principes méthodologiques proposés par Fortin et Gagnon (2022) concernant la construction d'outils de collecte de données en recherche qualitative. Selon ces auteurs, un guide d'entretien doit être étroitement arrimé aux objectifs de recherche, privilégier des questions ouvertes favorisant l'expression libre des participants, éviter les questions multiples ou suggestives et permettre une exploration approfondie, par les répondants eux-mêmes, des expériences, des perceptions et des représentations associées au phénomène étudié.

Dans cette optique, la conception du guide s'est déroulée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, un travail de réflexion a été réalisé afin de cerner les principales caractéristiques du phénomène à explorer lors des entretiens, en cohérence avec les objectifs de recherche et les écrits recensés. Ce travail a permis de dégager trois grandes dimensions conceptuelles relatives à la perception, par les professionnels de la santé, de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique :

- La description de leur milieu de travail et de leur expérience clinique en lien avec la douleur chronique
- Les connaissances, représentations et expériences associées à l'ostéopathie
- La pertinence clinique perçue de cette approche, y compris les pratiques de référencement et les enjeux de collaboration interprofessionnelle.

À partir de ces dimensions, un ensemble de questions ouvertes a été élaboré de manière à favoriser un discours riche et nuancé de la part des participants de l'étude. Une attention particulière a été portée à la clarté du vocabulaire utilisé, à la formulation non directive des questions ainsi qu'à la cohérence de leur enchaînement. Les questions ont été construites

de façon à aborder un seul thème à la fois, conformément aux recommandations de Fortin et Gagnon (2022), afin de faciliter la compréhension et de limiter les risques d'ambiguïté.

Dans un deuxième temps, le guide d'entretien a été soumis à deux collègues ostéopathes possédant plusieurs années d'expérience clinique. Cette démarche de validation avait pour objectif d'évaluer la clarté des questions, la pertinence du vocabulaire employé, la fluidité de la séquence des thèmes abordés ainsi que l'adéquation du contenu avec la réalité des professionnels susceptibles de participer à l'étude. Les commentaires recueillis ont permis d'apporter certains ajustements visant à améliorer la compréhension des questions et la qualité des données susceptibles d'être recueillies.

Enfin, une version consolidée du guide a été produite en intégrant les modifications issues de ces différentes étapes de validation et de révision. Ce processus itératif, fondé à la fois sur les recommandations méthodologiques de la littérature et sur la rétroaction de pairs expérimentés, a favorisé le bon déroulement des entretiens en assurant la clarté des questions et la fluidité des échanges (voir **Annexe 3**).

Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels ont été réalisés à distance au moyen de la plateforme *Zoom* entre décembre 2025 et mai 2026. Leur durée varie approximativement entre 15 et 25 minutes. Le recours à cette modalité de collecte a pu faciliter la participation de professionnels provenant de différents milieux de pratique et de diverses régions, tout en offrant une plus grande flexibilité quant à leur disponibilité.

Avant chaque entretien, un formulaire de consentement écrit a été transmis aux participants afin de leur présenter les objectifs de la recherche, les modalités de leur participation ainsi que les mesures mises en place pour assurer la confidentialité des données recueillies. Le consentement libre et éclairé des participants a également été confirmé verbalement au début de chaque entretien, lors du démarrage de l'enregistrement sur la plateforme *Zoom*.

Les enregistrements ont ensuite été retranscrits et importés dans le logiciel *NVivo* afin de faciliter l'organisation, le codage et l'analyse des données. Dans l'ensemble, les entretiens

se sont déroulés dans un climat d'échange ouvert, respectueux et collaboratif, ce qui a favorisé l'expression libre des participants et la richesse des données recueillies.

L'analyse qualitative des données

Le processus d'analyse et de codification des données brutes s'inscrit dans une logique itérative, qui s'avère caractéristique des démarches qualitatives rigoureuses : les étapes ne sont pas linéaires, mais font l'objet d'allers-retours constants entre le corpus, les codes, les thèmes et les interprétations. Cette itération permet de raffiner progressivement les analyses, d'ajuster le sens émergent et de stabiliser les thèmes dans une dynamique continue de relecture et d'interprétation. Une fois les entretiens retranscrits, les données ont été analysées selon une démarche qualitative interprétative s'appuyant principalement sur l'analyse thématique proposée par Braun et Clarke (2019). Afin d'assurer la rigueur, la cohérence et la crédibilité du processus analytique, cette démarche a également intégré certains principes d'organisation, de condensation et de structuration des données inspirés de Miles et Huberman (1994), ainsi qu'une posture interprétative centrée sur la compréhension du sens des discours, inspirée des travaux de Paillé et Mucchielli (2016).

L'analyse s'est donc déployée dans une logique itérative propre à la recherche qualitative. Les différentes étapes du processus n'ont pas été réalisées de manière strictement séquentielle, mais ont plutôt entraîné des allers-retours constants entre les données, les codes, les thèmes émergents et leur interprétation. Cette dynamique de relecture et de confrontation au corpus a permis d'affiner progressivement les analyses, de préciser la compréhension du phénomène étudié et de consolider les thèmes retenus tout au long de la démarche.

Familiarisation approfondie avec le corpus

Conformément à Braun et Clarke (2006), l'analyse débute par une lecture attentive et répétée des verbatims. Cette familiarisation s'est accompagnée de la rédaction d'un journal réflexif dans lequel le chercheur collige ses impressions initiales et ses interrogations, les récurrences observées ou encore les incohérences et les dissonances relevées dans le corpus discursif.

Codage inductif interprétatif

La deuxième étape a consisté à réaliser le codage systématique du corpus. Celui-ci vise à repérer, à découper et à identifier les segments de données porteurs de sens, puis à les traiter à travers un processus d'étiquetage et de classification des extraits jugés pertinents au regard des objectifs de recherche. Cette tâche aura constitué une étape centrale de l'analyse puisqu'elle a permis d'organiser le corpus de façon méthodique et de dégager les éléments significatifs qui ont servi de base à l'élaboration des thèmes.

Ce processus est toutefois demeuré évolutif et itératif. Les codes émergeant progressivement à partir du traitement des données brutes, ils ont été révisés, précisés, regroupés ou redéfinis au fil de l'analyse. Les relectures successives du corpus ont ainsi favorisé un mouvement constant entre les données empiriques et leur interprétation, ce qui a permis d'affiner la compréhension du phénomène étudié et de structurer progressivement l'ensemble du matériel recueilli.

Dans une perspective de triangulation analytique, un premier codage a été réalisé de manière indépendante par la chercheure ainsi que par un chercheur en sciences sociales. Cette démarche a permis l'identification de 49 codes chez l'étudiante et de 30 codes chez le chercheur en sciences sociales. Les résultats de ces analyses ont ensuite été comparés et discutés afin de relever les convergences, les divergences et les recoupements conceptuels présents dans le corpus. À l'issue de ce processus, 34 codes finaux ont été retenus. Ceux-ci ont ensuite servi de base à la construction et à l'organisation des thèmes interprétatifs présentés dans les résultats (voir **Annexe 4**).

Construction de thèmes interprétatifs

Conformément à la troisième étape décrite par Braun et Clarke (2006), les codes ont été examinés, comparés et regroupés afin de faire émerger des thèmes préliminaires. Ces thèmes représentent des ensembles cohérents de significations qui permettent de structurer les données et d'en dégager les éléments les plus significatifs en lien avec la question de recherche.

Cette étape a permis de déceler les régularités, les convergences et les nuances présentes dans les discours des participants, tout en établissant des liens entre les différents codes. Le regroupement des codes en thèmes a ainsi contribué à organiser le corpus de manière plus conceptuelle et à faire ressortir les principaux phénomènes, perceptions ou expériences exprimés dans les données brutes.

Révision et affinement des thèmes

La quatrième étape a porté sur la révision et la validation des thèmes élaborés à partir du codage. Ceux-ci ont été examinés afin de vérifier leur cohérence interne et leur pertinence analytique. Chaque thème a ainsi été évalué à la lumière des données qui le composaient, de manière à s'assurer qu'il reposait sur un ancrage empirique solide et qu'il contribuait à une compréhension significative de l'objet de recherche.

Cette étape a nécessité de nombreux retours au corpus ainsi qu'un travail continu de comparaison et de validation. Certains thèmes ont été reformulés, fusionnés, subdivisés, liés entre eux ou encore écartés lorsque leur portée analytique s'est révélée faible. Ce processus réflexif a permis d'affiner progressivement la structure thématique, de clarifier les relations entre les différents thèmes et de renforcer la cohérence globale de l'analyse. Il a ainsi contribué à garantir que les thèmes retenus reflétaient fidèlement les données tout en offrant une interprétation pertinente des expériences et des points de vue exprimés par les participants.

Interprétation approfondie

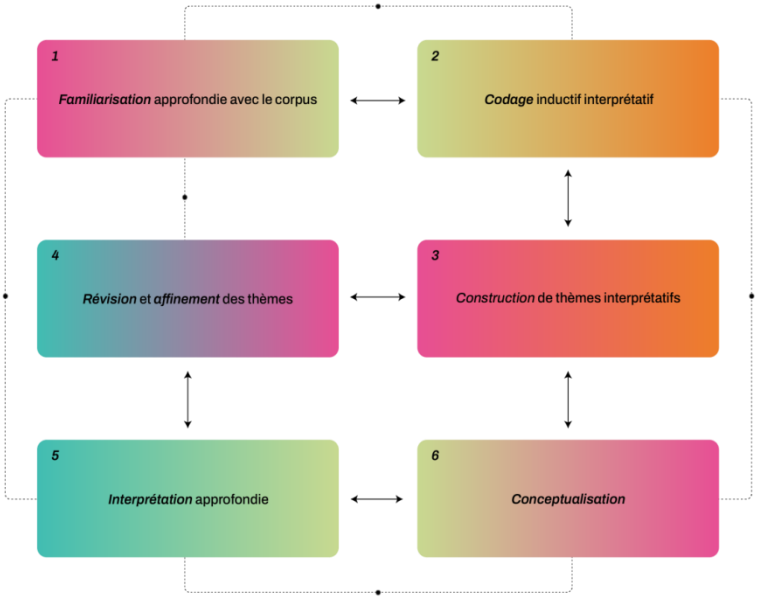
Cette étape a permis de finaliser et de définir avec précision le contour des thèmes retenus. Au-delà d'une simple description du contenu des entretiens, elle visait à approfondir la compréhension du sens attribué par les participants à leurs expériences ainsi qu'à mettre en lumière les logiques, les perceptions et les dynamiques inter-discursives sous-jacentes à l'ensemble du corpus.

Conceptualisation

Enfin, les thèmes ont été articulés dans une structure conceptuelle globale afin d'en dégager une compréhension plus générale du phénomène, tout en mettant en lumière les liens entre les différents éléments analysés. Cette étape aura contribué à situer les résultats par rapport aux connaissances existantes et à s'assurer de leur pertinence, de leur cohérence et de leur compréhension par le lecteur. La **Figure 5** suivante présente une synthèse du processus itératif d'analyse qualitative ayant guidé le traitement, la codification et l'interprétation des données recueillies.

Figure 5

Étapes du processus d'analyse thématique interprétative des données



Rigueur méthodologique et réflexivité

Saturation des données

La collecte de données a été poursuivie jusqu'à l'atteinte d'un niveau de saturation jugé satisfaisant. Au fil des entretiens, les thèmes relevés revenaient de manière récurrente et peu de nouvelles informations venaient enrichir ou modifier la structure thématique en émergence. Les derniers entretiens réalisés ont principalement permis de nuancer ou de consolider les thèmes déjà recensés plutôt que de faire émerger de nouvelles catégories conceptuelles.

Rigueur méthodologique

Afin d'assurer la qualité scientifique de la démarche, plusieurs stratégies ont été mises en place en s'appuyant sur les critères de rigueur reconnus en recherche qualitative, notamment ceux proposés par Lincoln et Guba (1985), soit la crédibilité, la fiabilité (dépendabilité) la confirmabilité et la transférabilité.

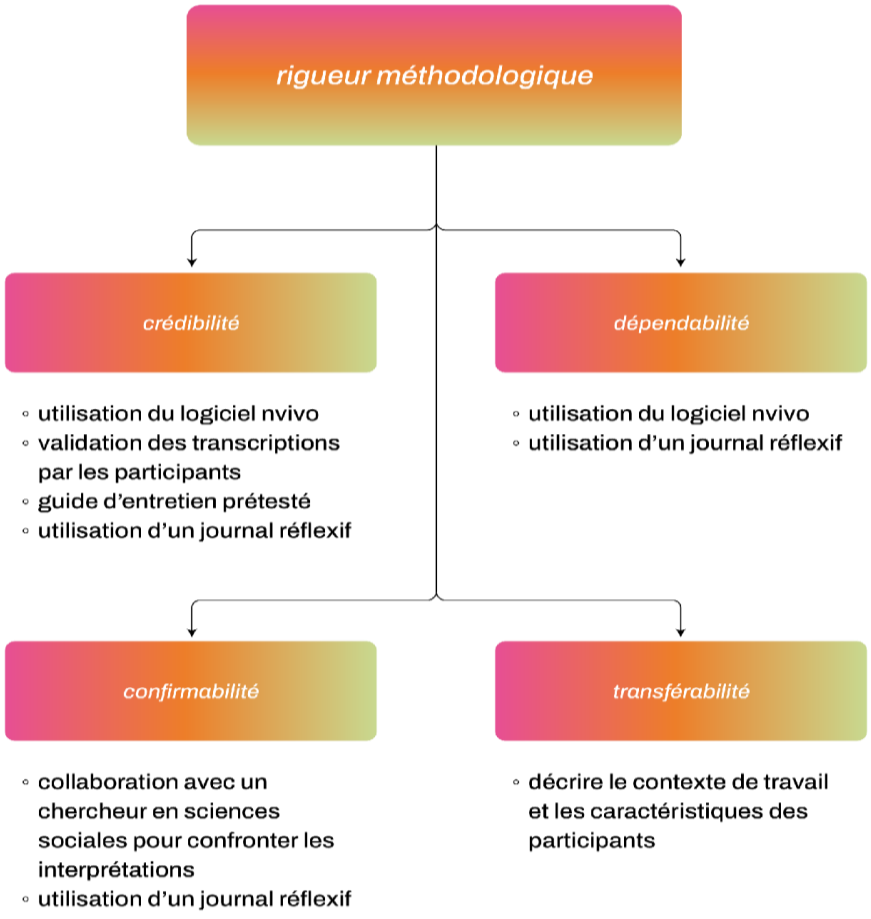
La crédibilité de l'étude a été soutenue par différentes mesures visant à assurer la fidélité des données recueillies et des interprétations produites. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits puis révisés manuellement avant d'être retournés aux participants pour validation. Le guide d'entretien a également été pré-testé afin de vérifier la compréhension des questions et d'apporter les ajustements nécessaires. De plus, un journal réflexif (voir **Annexe 4**) été tenu tout au long du processus de recherche afin de documenter le cheminement analytique et les principales décisions interprétatives.

La fiabilité (dépendabilité) et la confirmabilité ont été favorisées par la documentation systématique des différentes étapes de l'analyse ainsi que par l'utilisation d'un logiciel de codage permettant de conserver une trace des activités effectuées et de l'évolution des interprétations. Les analyses ont également fait l'objet d'échanges réguliers avec un interlocuteur détenteur d'une maîtrise en sociologie dans une perspective de triangulation analytique. Ces discussions ont permis d'examiner certaines interprétations, de discuter des zones d'ambiguïté et de préciser les thèmes retenus. Par ailleurs, les interprétations ont été continuellement confrontées aux données du corpus afin de maintenir leur ancrage dans les propos des participants.

Enfin, la transférabilité des résultats a été soutenue par une description détaillée du contexte de recherche, des caractéristiques des participants et des enjeux entourant la place de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. Cette description vise à permettre au lecteur d'établir des parallèles entre les résultats et d'autres contextes ou milieux professionnels comparables. Les principales stratégies mises en œuvre afin d'assurer la rigueur méthodologique et la réflexivité tout au long du processus de recherche sont synthétisées dans la **Figure 6** suivante.

Figure 6

Stratégies de rigueur méthodologique et de réflexivité dans le processus de recherche



Considérations éthiques

Cette étude a été réalisée dans le respect des normes et principes d'éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2). Avant leur participation, les participants ont reçu un formulaire de consentement présentant les objectifs de l'étude, les modalités de participation ainsi que les mesures visant à assurer la confidentialité des données recueillies. Le consentement des participants a d'abord été obtenu avant l'entretien par le biais d'un formulaire (Voir **Annexe 6**), puis reconfirmé verbalement au début de chaque rencontre une fois l'enregistrement démarré sur la plateforme *Zoom*.

La participation à cette étude était entièrement volontaire et les participants pouvaient se retirer du projet à tout moment sans justification ni conséquence. Afin de préserver l'anonymat des participants, les données ont été dépersonnalisées lors de la retranscription et les participants ont été identifiés à l'aide de codes alphanumériques (P1, P2, etc.).

Les enregistrements audios et les retranscriptions ont été conservés sur un ordinateur personnel sécurisé accessible uniquement à la chercheure. Les données recueillies ont été utilisées exclusivement dans le cadre de cette recherche et seront détruites en décembre 2026.

Bien qu'aucun comité d'éthique institutionnel formel ne soit associé à l'établissement dans lequel s'inscrit cette étude, les principes fondamentaux de confidentialité, de consentement libre et éclairé ainsi que de participation volontaire ont été respectés tout au long de la démarche.

RÉSULTATS

La prochaine section présente les résultats issus de l'analyse des entretiens réalisés auprès des professionnels de la santé ayant participé à l'étude. L'analyse thématique a permis de dégager plusieurs thèmes centraux témoignant de la manière dont les participants perçoivent la place et la pertinence de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. Les résultats sont présentés selon les principaux thèmes émergents et sont illustrés par des extraits de verbatims afin de rendre compte de la richesse et de la diversité des points de vue exprimés.

Description de l'échantillon

Un total de 18 professionnels de la santé a participé à l'étude. L'échantillon est composé majoritairement de femmes et comprend des professionnels issus de diverses disciplines de la santé, exerçant dans des milieux de pratique variés, tant au sein du réseau public de la santé que du secteur privé. Que ce soit de manière régulière ou occasionnelle, l'ensemble des participants possède une expérience clinique auprès de personnes vivant avec de la douleur chronique dans le cadre de leur pratique professionnelle.

Au moment de la collecte de données, les participants étaient âgés entre 32 et 79 ans et comptaient entre 2 et 50 années d'expérience clinique. Cette diversité en matière d'âge et de parcours professionnel a permis de recueillir des points de vue variés, fondés sur des expériences cliniques et contextuelles différentes. Les professionnels recrutés exerçaient principalement dans la région de Lanaudière ainsi que dans la région métropolitaine de Montréal tandis qu'une des personnes participantes réside et pratique en Gaspésie.

L'échantillon regroupe des représentants de plusieurs professions de la santé, dont la physiothérapie, la pharmacie, la médecine, la psychologie, les soins infirmiers, l'ergothérapie, l'orthophonie, le travail social, la nutrition et la dentisterie. Cette diversité disciplinaire a contribué à enrichir la compréhension du phénomène étudié en permettant la prise en compte de perspectives professionnelles complémentaires sur l'intégration de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins en douleur chronique. Les caractéristiques

sociodémographiques et professionnelles des participants inclus dans l'étude sont présentées dans le **Tableau 3** suivant.

Tableau 3
Profil des participants de l'étude

Identifiant	Profession	Milieu de pratique	Région	Années d'expérience
P1	**Physiothérapeute**	**Clinique privée**	**Montréal**	**7 ans**
P2	**Pharmacienne en oncologie**	**Hôpital Pierre-Le Gardeur**	**Lanaudière**	**6 ans**
P3	**Néphrologue et chercheure**	**Hôpital Maisonneuve-Rosemont**	**Montréal**	**9 ans**
P4	**Pharmacienne communautaire**	**Pharmacie communautaire**	**Saint-Jean-de-Matha**	**12 ans**
P5	**Physiothérapeute**	**Clinique privée**	**Joliette**	**6 ans**
P6	**Ergothérapeute**	**Clinique privée**	**Joliette**	**4 ans**
P7	**Psychologue**	**Hôpital de Joliette et clinique privée**	**Joliette**	**16 ans**
P8	**Infirmier clinicien**	**Privé et expérience réseau public**	**Joliette**	**36 ans**
P9	**Infirmière clinicienne**	**Clinique privée**	**Joliette**	**3 ans**
P10	**Orthophoniste**	**Clinique privée**	**Joliette**	**16 ans**
P11	**Travailleuse sociale**	**Réseau public de réadaptation**	**Gaspésie**	**12 ans**
P12	**Infirmière pivot en oncologie ORL**	**CHUM**	**Montréal**	**20 ans**
P13	**Dentiste**	**Pratique privée**	**Lanaudière**	**46 ans**
P14	**Médecin de famille**	**Clinique médicale**	**Montréal**	**6 ans**
P15	**Dentiste**	**Pratique privée**	**Saint-Jean-de-Matha**	**2 ans**
P16	**Nutritionniste**	**Réseau public – santé mentale**	**Québec**	**10 ans**
P17	**Psychologue**	**Pratique Privée**	**Joliette**	**32 ans**
P18	**Dentiste**	**Pratique privés**	**Saint-Jean-De-Matha**	**3 ans**

Présentation des thèmes

L'analyse des données a permis de dégager différents codes reflétant les perceptions et les expériences exprimées par les participants au cours des entretiens. Ces codes ont ensuite été examinés et regroupés en fonction de leurs convergences et de leur cohérence conceptuelle afin de faire émerger trois thèmes principaux. Le **Tableau 4** présente les principaux codes ayant contribué à la construction de chacun de ces thèmes.

Tableau 4

Regroupement des principaux codes ayant contribué à la construction des thèmes

Thèmes	Codes
Thème 1 : Comprendre l'ostéopathie : connaissances et représentations	**Ont eu recours à l'ostéopathie, incapacité à définir clairement l'ostéopathie, besoin de faire promotion de la profession, en entendre parler dans le cadre de sa formation, manipulation, holistique et globale, musculosquelletique, mobilité, alignement et posture.**
Thème 2 : Enjeux entourant l'exercice de l'ostéopathie	**Manque de données probantes, manque d'encadrement, formations, compréhension du patient, sécurité clinique et scepticisme de l'approche viscérale**
Thème 3 : La place de l'ostéopathie dans la trajectoire de soins et les pratiques de référencement	**Ne réfère pas, demande et besoin du patients, réfère, réfère avec condition, intégration aux équipes multidisciplinaires, limite biomédicale, devrait plutôt être en troisième ligne**

Thème 1 : Comprendre l'ostéopathie : connaissances et représentations

Des connaissances limitées

Les discours des participants mettent en évidence une connaissance limitée des fondements conceptuels et philosophiques de l'ostéopathie, ainsi que de son champ de pratique.

Difficulté à définir l'ostéopathie

Environ les deux tiers des participants ont éprouvé des difficultés à verbaliser une définition claire de l'ostéopathie. Les discours recueillis forment un continuum, allant d'une absence quasi complète de connaissances à une compréhension limitée de la profession. Chez certains participants, cette méconnaissance s'est traduite par une

incapacité à définir l'ostéopathie ou à en décrire les principaux fondements. LaP14 affirme ainsi :

> « Fait que je t'avoue, là, je suis complètement nulle. C'est dans les trucs que l'on connaît pas bien. »

Cette méconnaissance est également exprimée par la P7, qui décrit sa connaissance comme étant « à peu près nulle », alors que la P3 répond simplement à la question portant sur la définition de l'ostéopathie par la formule : « Je ne sais pas trop » .

Chez d'autres participants, l'ostéopathie n'est pas complètement inconnue, mais leur compréhension de celle-ci demeure partielle et parfois réductrice. Ils la décrivent principalement comme une approche reposant sur des manipulations, illustrant des représentations qui restreignent considérablement l'étendue de son champ de pratique. Une participante reconnaît d'ailleurs les limites de sa compréhension lorsqu'elle affirme :

> « Ma compréhension est vraiment poche, là, puis je sais qu'elle est poche en passant. C'est genre des manipulations un peu, comme tout le corps pour dire. » (P14)

Une représentation similaire est observée chez la P4, qui définit l'ostéopathie comme étant simplement « de la manipulation physique ». La P11 reconnaît également les limites de ses connaissances concernant certains aspects de la profession lorsqu'elle déclare :

> « J'imagine que vous faites du travail aussi au niveau de tout ce qui est organes, mais ce petit bout-là, je le maîtrise vraiment moins bien. » (P11)

Ainsi, la méconnaissance observée ne repose pas uniquement sur une absence de connaissances, mais aussi sur une représentation incomplète de la profession. Quand les participants proposent une définition de l'ostéopathie, celle-ci est principalement centrée sur les manipulations, alors que des aspects centraux tels que le raisonnement clinique, les fondements philosophiques et conceptuels de la discipline ainsi que la diversité des interventions pouvant être offertes par les ostéopathes sont rarement évoqués.

Une connaissance limitée du champ de pratique

Les discours tenus par les participants suggèrent que cette méconnaissance dépasse la simple difficulté à définir la profession. Elle semble également limiter la capacité des participants à déterminer dans quels contextes l'ostéopathie peut être indiquée et quel rôle celle-ci peut jouer dans la prise en charge d'un patient souffrant de douleur chronique.

Cette difficulté à situer la place de l'ostéopathie ressort à diverses occasions et sous différentes formulations. La P2 explique ainsi : « Je ne connais pas assez pour connaître ce qui est bon ou pas bon », tandis que la P3 affirme : « Oui, mais on ne sait pas trop ce que vous pouvez faire ». Cette incertitude est aussi observée lorsque le rôle de l'ostéopathe dans la prise en charge de la douleur chronique est abordé. La P8 mentionne notamment : « Je ne connais pas beaucoup l'approche de l'ostéopathie en douleur [chronique] ».

Une confusion avec d'autres professions de la santé

Cette méconnaissance de l'ostéopathie se manifeste également par une difficulté à situer clairement le rôle de l'ostéopathe par rapport à celui d'autres professionnels de la santé intervenant dans le domaine musculosquelettique, notamment les physiothérapeutes et les chiropraticiens.

La P3 réalise d'ailleurs au cours de l'entretien qu'elle associait certaines caractéristiques de la chiropratique à l'ostéopathie : « Puis t'as raison, je pensais que c'était les chiros, j'ai mélangé les deux ». Une confusion semblable est observée chez la P19, qui mentionne que la distinction entre physiothérapie et ostéopathie demeure « un petit peu floue dans ma tête ». D'autres participants établissent spontanément des parallèles entre les deux professions, affirmant notamment : « On dirait que moi, j'ai toujours comparé ça un peu au physio ».

La récurrence de ces propos laisse croire que plusieurs participants éprouvent de la difficulté à situer l'identité professionnelle de l'ostéopathie et à comprendre ce qui la distingue des autres approches de réadaptation ou de thérapie manuelle. Ainsi, le rôle potentiel des ostéopathes dans les trajectoires de soin en traitement de la douleur chronique s'en trouve nécessairement brouillé. Les professionnels interrogés ne sauraient être en mesure d'intégrer à leur pratique de collaboration interprofessionnelle une discipline dont ils peinent même à comprendre la nature et le champ d'expertise.

Des facteurs susceptibles de contribuer à la connaissance limitée

Selon les données recueillies, la méconnaissance observée pourrait résulter d'une faible exposition à l'ostéopathie durant la formation initiale et au sein de l'environnement professionnel. Par ailleurs, le manque de visibilité de la profession auprès du grand public et des autres soignants semble également constituer un facteur explicatif.

Une faible exposition à l'ostéopathie

Au sein de la formation scolaire initiale

Tout d'abord, la très faible place accordée à l'ostéopathie dans la formation scolaire initiale des professionnels de la santé ressort nettement. À l'exception d'une seule participante, la P9, qui rapporte avoir été exposée à l'ostéopathie dans le cadre d'un travail universitaire, tous les autres participants affirment n'avoir jamais entendu parler de l'ostéopathie dans le cadre de leur formation générale.

> « J'ai lu quelques articles scientifiques sur l'ostéopathie lors de ma maîtrise. » (P9)

Une réalité semblable est observée chez la P10, qui souligne pour sa part : « On en entend parler très peu… Très peu dans la formation initiale ». Pour d'autres, la réponse est catégorique et sans appel la P6 mentionnant ainsi : « Non, ils n'en parlent pas dans notre formation », tandis que la P3 affirme : « Zéro entendu parler dans ma formation ».

Au sein du milieu de pratique

L'absence des ostéopathes dans la plupart des milieux institutionnels québécois semble également contribuer à maintenir l'ostéopathie dans une certaine marginalité, du moins selon les représentations exprimées par les répondants.

À ce titre, ceux œuvrant dans le réseau public rapportent entretenir peu ou pas de contacts avec des ostéopathes dans leur pratique quotidienne. La P3 exprime : « En milieu hospitalier, je n'entends pas le mot ostéopathe ». La P9, pour sa part, observe que plusieurs de ses collègues ont « une méconnaissance complète », ajoutant que « certains ne connaissent pas du tout le service ».

Une visibilité insuffisante de la profession

Les participants à l'étude attribuent aussi leur méconnaissance à la faible visibilité de l'ostéopathie auprès du grand public et des professionnels de la santé.

Plusieurs participants estiment ainsi que les ostéopathes gagneraient à faire connaître davantage leur profession. La P8 affirme que :

> « Dans mon livre à moi, il faut que les ostéopathes se fassent connaître. Oui. La profession d'ostéopathie est mal connue par les professionnels. » (P8)

Dans le même sens, la P16 évoque simplement l'importance « de faire connaître la profession », alors que la P9 considère que les ostéopathes « ont à faire un travail de promotion pour augmenter leur crédibilité ».

Selon certains participants, une meilleure connaissance de la profession passe aussi par une meilleure diffusion du rôle, des compétences et du champ d'intervention des ostéopathes. La P17 déclare notamment :

> « Bien définitivement, si on était mis au courant un petit peu de tout le champ d'expérience, d'expertise, dans le fond, le champ de compétences de l'ostéopathie [...] on connaît pas toute la portée de vos techniques, ce sur quoi elles peuvent agir. » (P17)

Dans le même esprit, la P10 souligne l'importance « de faire circuler l'information » et de créer des occasions d'échanges entre professionnels afin de mieux comprendre les rôles respectifs de chacun.

Dans l'ensemble, les discours recueillis suggèrent que la méconnaissance de l'ostéopathie ne résulte pas forcément d'un manque d'intérêt envers cette profession, mais plutôt d'une exposition limitée à celle-ci au cours de leur parcours académique et professionnel. Cette faible exposition, combinée à une visibilité dans l'espace public jugée insuffisante, apparaît comme des facteurs susceptibles de contribuer au maintien d'une compréhension limitée de l'ostéopathie chez plusieurs professionnels de la santé. Cependant, la majorité de ceux-ci

semblent plutôt déplorer cette situation, démontrant, de manière indirecte, une ouverture à la discipline qui ne saurait être ignorée.

Une connaissance davantage forgée par l'expérience personnelle

Malgré une connaissance limitée de l'ostéopathie sur le plan professionnel, plusieurs participants soulignent avoir été exposés à cette profession dans leur vie personnelle.

La P9 explique avoir découvert l'ostéopathie lors de sa première grossesse et y avoir recours depuis, de façon régulière : « C'est là que j'ai découvert l'ostéopathie et j'ai toujours continué après ça ». La P10 mentionne également consulter en ostéopathie « de façon ponctuelle depuis l'adolescence ». De son côté, la P2 relate sa première expérience en soulignant qu'elle entretenait initialement certaines réserves : « Je ne pensais pas... je me disais, c'est bien mollo ».

Parmi les participants n'ayant jamais consulté eux-mêmes, plusieurs déclarent néanmoins avoir été exposés à l'ostéopathie, de près ou de loin, par l'entremise de proches ou de membres de leur famille. La P18 affirme notamment : « Je connais l'ostéopathie parce que j'ai une blonde qui va voir des ostéopathes », tandis que la P4 mentionne que « plein de membres de [sa] famille y ont déjà eu recours ».

Ces résultats mettent en évidence un fait intéressant : la connaissance de l'ostéopathie des répondants à l'étude semble principalement reposer sur des expériences personnelles plutôt que sur des connaissances acquises dans un contexte académique ou professionnel. Ainsi, il n'est pas surprenant que les éléments de langage ayant construit leurs représentations de l'ostéopathie ne soient pas ancrés dans le modèle biomédical, mais fassent plutôt référence à la sphère du bien-être, aux affects ou à une approche douce et plus humaine, éloignant ainsi, du moins symboliquement, la discipline ostéopathique de la stricte rationalité scientifique. Le P5 semble concevoir l'ostéopathie comme « un traitement du corps qui vise un mieux-être », tandis que la P9 pense que « Je serais porté à croire qu'un ostéopathe en qui elle aurait confiance pourrait apporter un soulagement et un réconfort dans un cas comme ça ». Finalement, la P18 affirme :

> « Je pense qu'elle a tout à fait sa place… justement, là, tu sais, travailler sur le bien-être général de la personne, sa mobilité, sa capacité à bien comprendre son corps puis à adapter ses activités en fonction de ses nouvelles limitations. » (P18)

Représentations de l'ostéopathie

Bien que plusieurs participants éprouvent des difficultés à définir précisément l'ostéopathie, on décèle tout de même dans leurs discours certaines représentations récurrentes de la profession.

Une approche globale et holistique

Près des deux tiers des participants décrivent l'ostéopathie comme une approche globale ou holistique. Toutefois, cette notion de globalité ne renvoie pas à une compréhension distinctive et généralement partagée du phénomène. Elle revêt plutôt un aspect polysémique qui nous apparaît cadré parfaitement avec le caractère éclectique des définitions recueillies auprès des participants.

Pour certains participants, la globalité renvoie à une approche qui s'intéresse à différentes structures anatomiques et à l'ensemble des systèmes de l'organisme, et ce, au-delà de l'appareil musculosquelettique. L'ostéopathie est alors associée à une approche intégrant notamment les fascias, les viscères, le système nerveux, la sphère crânienne, etc. Comme l'explique ici la P6 :

> « une approche qui est assez globale aussi, étant donné que vous touchez à plus qu'un système, que ce n'est pas seulement articulaire ou musculaire, qu'il y a aussi toute la partie qui est organes, fascia, même le côté crânien. » (P6)

Cette perception est également illustrée par la P1 :

> « Bien dans le fond, c'est une profession qui va regarder plus des systèmes viscéraux et crâniens, dans le fond que moi je ne suis pas formée pour aller vérifier ces systèmes-là. Donc c'est une approche qui va chercher des systèmes un peu plus globaux. » (P1)

Pour d'autres participants, en revanche, la globalité renvoie davantage à une vision intégrative de la personne, en offrant une prise en charge alliant les dimensions physiques, psychologiques et émotionnelles de la santé. Le P13 souligne notamment :

> « Aussi, j'ajouterais une chose, une chose que j'ai découverte avec l'ostéopathie, c'est que l'aspect psychologique, l'aspect émotif là-dedans, a un rôle non négligeable. » (P13)

Cette vision de la globalité est également associée, pour certains participants, à une meilleure compréhension de la douleur chronique ainsi qu'à l'importance accordée à l'éducation et à l'accompagnement du patient.

> « À date de ceux que j'ai vus en ostéopathie, je crois que l'explication à la base, avant même le traitement, l'explication que vous pouvez apporter à des patients par rapport à ce que c'est la douleur chronique. » (P18)

Cette perception est soutenue par la P10, qui considère que les ostéopathes « ont en général une vision globale de la santé, que ce soit physique ou psychologique, qui vont intégrer ça dans leurs pratiques. »

L'ensemble de ces propos semble indiquer que la notion de globalité constitue l'une des principales représentations associées à l'ostéopathie, mais cette globalité renvoie à différents univers de sens selon les participants. Cependant, il faut noter qu'aucun participant n'a fait référence à des concepts clés de la tradition ostéopathique qui pourraient renvoyer à la notion de globalité. Par exemple, nulle part dans le corpus n'est-il fait mention d'équilibre interne, d'homéostasie ou d'autorégulation alors que ce sont des notions fortement présents dans le langage ostéopathique.

Une profession associée aux troubles musculosquelettiques

Pour plusieurs participants, l'ostéopathie est principalement associée à la prise en charge des troubles musculosquelettiques. Il s'agit d'une représentation qui semble découler de la perception que l'ostéopathie est une forme de thérapie manuelle destinée au soulagement des douleurs physiques.

Une participante la décrit notamment comme « une technique de soulagement de divers problèmes de santé par des manipulations douces » (P2).

Cette même participante ajoute :

> « Je pense que l'ostéopathie fait partie d'une prise en charge possible en douleur chronique. Particulièrement pour des manipulations, pour les douleurs au dos, manipulations spinales. » (P2)

Une participante rapporte également qu'elle suggère parfois l'ostéopathie lorsque les patients recherchent davantage une approche manuelle : « Je vais le suggérer d'emblée. Quand quelqu'un veut vraiment plus de la thérapie manuelle. » (P12)

En somme, bien que plusieurs décrivent l'ostéopathie comme une approche globale ou holistique, les exemples cliniques qu'ils évoquent spontanément concernent principalement la prise en charge des troubles musculosquelettiques et les interventions manuelles. Ces observations s'inscrivent en continuité des éléments mentionnés dans les sections précédentes : les représentations symboliques de l'ostéopathie construites par les participants, sans être strictement unidimensionnelles, sont fortement ancrées dans la perception que l'ostéopathie est d'abord et avant tout une thérapie manuelle, au détriment d'autres éléments constitutifs de la discipline. Comme nous le verrons plus en détail sans une section subséquente, il n'est pas surprenant, à la vue des champs lexicaux mobilisés, que plusieurs des professionnels interrogés peinent à définir sans ambiguïté la place que pourrait occuper l'ostéopathie dans les trajectoires de soin en douleur chronique, du moins lorsque celles-ci s'éloignent des pathologies musculosquelettiques.

Réserves à l'égard de l'approche viscérale

Certains participants expriment des réserves lorsqu'ils abordent l'application de l'ostéopathie aux problématiques viscérales. Ces réserves semblent principalement liées à une difficulté à comprendre les mécanismes d'action qui sous-tendraient cette approche.

Cette difficulté est particulièrement bien illustrée par la P3, qui reconnaît ne pas comprendre l'explication sous-jacente aux interventions viscérales :

> « Organe interne, je ne comprends rien de ce qui est possible de faire avec l'ostéopathie. Je ne peux pas dire que j'y crois tant que ça. » (P3)

Elle poursuit en précisant :

> « Tout ce qui est comme organes internes, pour moi, ça ne fait pas de sens. J'essaie de trouver le rationnel. » (P3)

Cette intervention vient encore une fois renforcer l'idée qu'une dualité épistémique persiste et qu'elle teinte bel et bien la perception que certains professionnels de la santé ont de l'ostéopathie. Cette dualité crée un espace de doute sur la compatibilité des approches et semble conditionner, chez certains professionnels et par rapport à certaines pathologies, des réflexes de référencement qui placent l'ostéopathie dans une catégorie de soins reposant sur des bases irrationnelles ou dont l'efficacité réelle reste à démontrer. Cette hésitation est notamment présente dans le discours de la P9, qui indique que, lorsqu'elle est confrontée à des problématiques digestives, elle privilégie spontanément les approches qu'elle connaît davantage :

> « Quand j'ai une douleur gastro-intestinale ou autre, j'ai tout de suite des traitements ferrés et ancrés. C'est rare que je vais plus vers l'ostéopathie pour ce type de douleur-là. » (P9)

Dans le même esprit, la P8 associe spontanément l'ostéopathie au système musculosquelettique, ce qui semble limiter la place qu'il accorde aux interventions viscérales :

> « Moi, dans mon livre, l'ostéo, par son nom, c'est musculosquelettique et pas viscérale. » (P8)

Dans l'ensemble, les participants ayant exprimé des réserves à l'égard de l'approche viscérale ne remettent pas nécessairement en question l'ostéopathie dans son ensemble. Leurs propos traduisent plutôt une difficulté à comprendre les bases physiologiques sur lesquelles reposent ces interventions. Cette incompréhension vient alors brouiller encore davantage le rôle que pourrait jouer cette approche dans la prise en charge de différentes

pathologies interne, ce qui les conduit à associer plus spontanément l'ostéopathie au traitement des troubles musculosquelettiques.

Convergences et nuances selon les professions représentées

À la suite de la présentation des résultats relatifs aux définitions et aux représentations de l'ostéopathie, une lecture transversale selon l'appartenance professionnelle met en évidence certaines convergences et nuances entre les différents groupes de l'étude.

Bien qu'elle s'observe au sein de la plupart des professions représentées, la difficulté à définir précisément l'ostéopathie apparaît plus marquée chez certains groupes. Les médecins et les psychologues interrogés expriment notamment une méconnaissance particulièrement explicite. À titre d'illustration, la participante P3 répond simplement : « Je ne sais pas trop », lorsqu'elle est invitée à définir la discipline. À l'inverse, les physiothérapeutes (P1 et P5), l'ergothérapeute (P6), la nutritionniste (P16) et les dentistes mobilisent davantage d'éléments pour décrire la profession ; l'une des physiothérapeutes la décrit de la façon suivante :

> «Bien dans le fond, c'est une profession qui va regarder plus des systèmes viscéraux et crâniens, dans le fond que moi je suis pas formée pour aller vérifier ces systèmes-là. Donc c'est une approche qui va chercher des systèmes un peu plus globau » (P5)

Les participants issus des soins infirmiers présentent pour leur part des niveaux de familiarité plus hétérogènes. Une participante reconnaît les limites de sa compréhension en affirmant : « Je ne pourrais pas nommer exactement tout le processus. » À l'inverse, une infirmière clinicienne spécialisée en oncologie formule une représentation plus concrète de l'approche en la décrivant spontanément comme visant à « retrouver une mobilité des structures ».

Des différences se dessinent également quant aux représentations du champ d'exercice. Les pharmaciennes (P2 et P4), la travailleuse sociale (P11) ainsi que certains participants du domaine des soins infirmiers associent principalement l'ostéopathie à la thérapie manuelle et au champ musculosquelettique. La participante P2 l'évoque notamment comme « une

technique de soulagement de divers problèmes de santé par des manipulations douces » et l'associe plus particulièrement aux « douleurs au dos » et aux « manipulations spinales ». De leur côté, sans exclure cette composante musculosquelettique, les physiothérapeutes et l'ergothérapeute intègrent plus spontanément les sphères viscérale, fasciale ou crânienne. L'ergothérapeute décrit ainsi une approche qui touche « plus qu'un système », incluant « les organes, fascia, même le côté crânien », tandis qu'une physiothérapeute évoque une profession qui « va regarder plus des systèmes viscéraux et crâniens ». Les réserves formulées à l'endroit de ces dimensions sont particulièrement marquées chez certains médecins et soignants infirmiers, comme en témoigne la participante P3 :

Chez les autres groupes professionnels, ces dimensions ne sont tout simplement pas évoquées de manière spontanée.

Enfin, la faible exposition à l'ostéopathie, tant au cours de la formation initiale que dans le cadre de la pratique professionnelle, constitue un constat largement partagé par les répondants. Cette faible présence dans les parcours académiques est formulée de manière particulièrement explicite par la participante P3, qui affirme n'en avoir « zéro entendu parler dans [sa] formation ». Quelques participants rapportent néanmoins des contacts professionnels directs, quoique ponctuels. C'est notamment le cas de l'ergothérapeute (P6), qui a collaboré avec un ostéopathe dans son milieu de travail :

> « Je lui ai référé personnellement certains patients, donc j'ai pu avoir des feedbacks des clients par rapport à son approche » (P6)

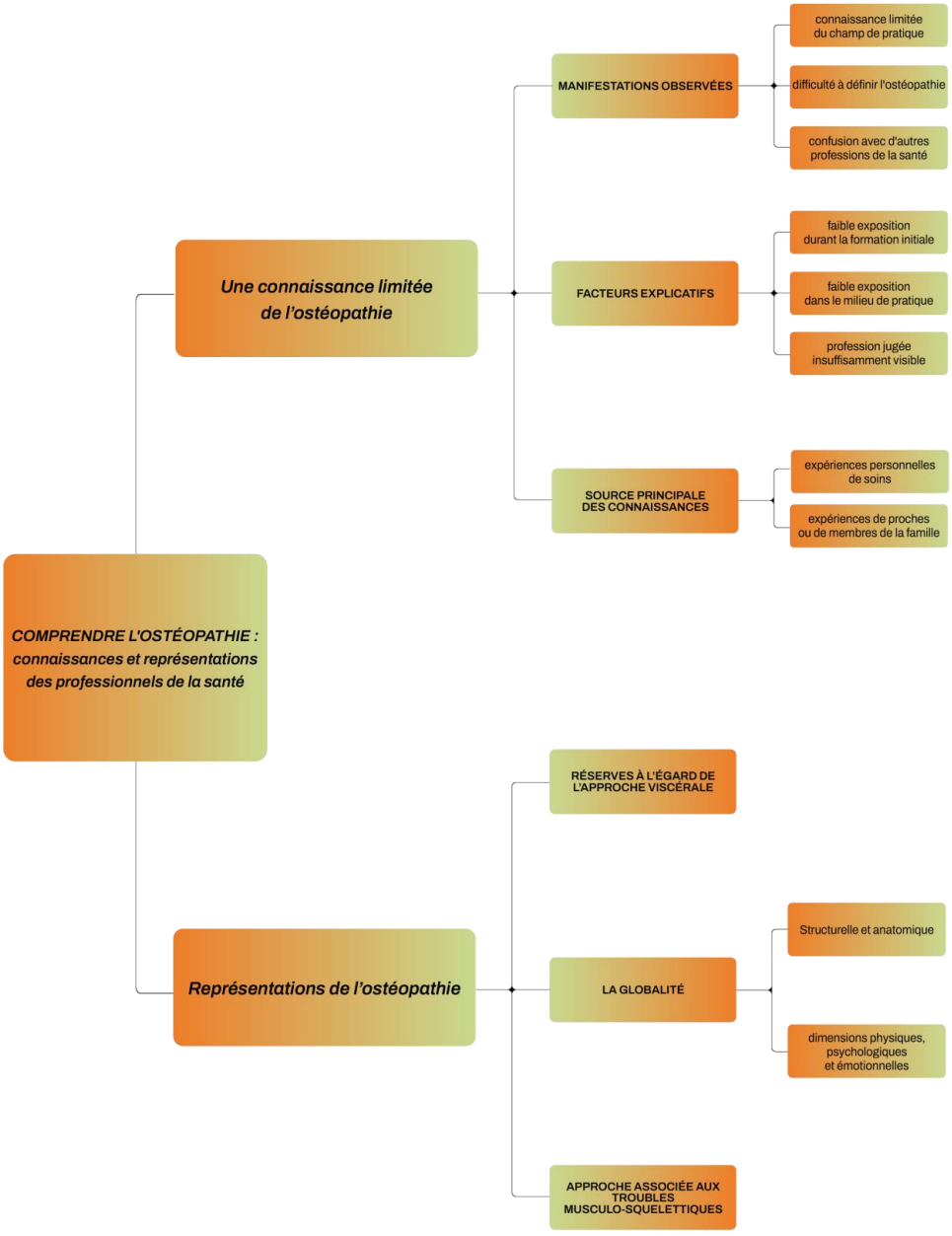
Une participante issue des soins infirmiers rapporte également avoir été exposée brièvement à l'ostéopathie au cours de sa formation.

Dans l'ensemble, les nuances observées demeurent circonscrites et doivent être interprétées comme des variations inhérentes aux trajectoires individuelles au sein de l'échantillon, plutôt que comme des positions structurelles propres à chacune des professions représentées.

La **Figure 7** suivante présente une synthèse des principales dimensions ayant émergé du discours des participants concernant leurs connaissances, leurs représentations et leur compréhension de la place de l'ostéopathie.

Figure 7

Synthèse des connaissances et représentations de l'ostéopathie chez les professionnels de la santé



Thème 2 : Enjeux entourant l'exercice de l'ostéopathie

Le rôle des données probantes et la crédibilité de l'ostéopathie

La question des données probantes a été évoquée par un nombre limité de participants, mais elle occupe une place importante dans le discours de ceux qui l'ont abordée. Pour ces professionnels, la crédibilité de l'ostéopathie demeure étroitement liée à l'existence de données scientifiques permettant de soutenir son efficacité et sa sécurité.

Certains participants considèrent le manque perçu de littérature scientifique comme un frein à l'intégration de l'ostéopathie dans leur pratique ou dans leurs recommandations. P9 mentionne notamment que certains de ses collègues demeurent réticents envers l'ostéopathie puisqu'« il n'y avait peut-être pas encore suffisamment de littérature scientifique, selon eux, pour confirmer ». Elle ajoute qu'il persiste encore « l'idée qu'il n'y a pas de données probantes dans l'ostéopathie ». Une perception similaire est exprimée par la P10, qui décrit l'ostéopathie comme « une profession, à laquelle il faut croire parce que les évidences scientifiques ne sont pas toujours là. C'est plus comme une croyance personnelle ».

Dans cet extrait, la perception que l'ostéopathie repose en partie sur des notions irrationnelles s'avère indéniable. Bien que cette représentation ne soit aucunement dominante dans le corpus, d'autres éléments énoncés permettent de déceler les traces d'une certaine dualité épistémique entre les professions biomédicales et l'ostéopathie. Par exemple, au moins deux participants ont associé indirectement l'ostéopathie à d'autres types d'approches alternatives, notamment le Reiki. Dans les deux occasions, le contexte discursif dans lequel ont été établis les rapprochements avec cette discipline semble porter en filigrane une réserve quant à la validité scientifique de celle-ci, même si ce jugement est resté sous-entendu et n'a jamais été formulé explicitement par le répondant y faisant allusion.

Cependant, la présence de cette dualité, même subtile, renforce l'idée que l'épistémè de référence demeure la science biomédicale pour la plupart des répondants. Même sans le mentionner explicitement, ils construisent leur perception, leur jugement clinique et leur

évaluation de l'ostéopathie à partir d'un cadre conceptuel dont la validité est intrinsèquement liée à la production de preuves issues de la science expérimentale.

Pour certains participants, la présence de données probantes apparaît comme un élément susceptible de faciliter le référencement vers l'ostéopathie. La P3 souligne ainsi l'importance de disposer d'indications reconnues et clairement définies afin de mieux déceler les situations dans lesquelles le recours à l'ostéopathie pourrait être pertinent :

> « L'idéal, ce serait des indications reconnues [...] s'il y avait vraiment des conditions médicales claires, que ce sont des choses que vous pouvez adresser, ça serait plus facile d'y penser et de les référer. » (P3)

Cette même participante évoque également l'intérêt de disposer d'études démontrant des bénéfices cliniques concrets pour les patients :

> « L'idéal, en médecine, on aime beaucoup, comme, s'il y avait eu des études pour démontrer que ça a un bénéfice du genre, moins d'utilisation d'antidouleurs si tu consultes. On verrait ça vraiment comme un gain versus des narcotiques. » (P3)

Toutefois, plusieurs participants à l'étude admettent ne pas connaître l'état actuel des connaissances scientifiques portant sur l'ostéopathie. P7 affirme ainsi : « Il y en a sûrement des données probantes, mais je ne me suis jamais penchée là-dessus », tandis que la P10 précise ne pas avoir consulté récemment la littérature scientifique dans ce domaine. Ces propos suggèrent que certaines perceptions concernant la validité scientifique de l'ostéopathie reposent davantage sur des impressions générales ou des connaissances partielles que sur une évaluation approfondie des données existantes.

Enfin, une participante apporte une réflexion plus nuancée sur la place des données probantes dans l'évaluation des approches thérapeutiques. Tout en réaffirmant l'importance de la médecine fondée sur les données vérifiables, la P14 souligne les défis méthodologiques associés à l'étude d'interventions complexes et fortement individualisées :

> « La thérapie *Mathilde*, comment tu fais de la recherche sur la thérapie Mathilde ? C'est vraiment difficile parfois de déterminer pourquoi ça fonctionne. » (P14)

Selon elle, l'absence de données robustes ne constitue pas nécessairement un obstacle absolu à l'utilisation d'une approche thérapeutique, dans la mesure où celle-ci demeure sécuritaire et susceptible d'apporter un bénéfice au patient :

> « Tant qu'il y a une obligation de ne pas faire mal au patient [...], il y a quand même une grande marge de manœuvre [...] si ça peut l'aider, je suis ouverte. » (P14)

A contrario, pour certains participants, la disponibilité des données probantes apparaît comme une condition importante afin d'être en mesure d'évaluer pleinement la pertinence de l'ostéopathie. Toutefois, plusieurs participants reconnaissent également que leurs perceptions reposent sur une connaissance limitée de la littérature scientifique actuellement disponible. Enfin, une participante rappelle que certaines caractéristiques des approches thérapeutiques dites des MAC peuvent rendre leur évaluation scientifique difficile, ce qui l'amène à nuancer la place accordée aux données probantes.

L'encadrement professionnel comme gage de crédibilité, de sécurité et de reconnaissance

L'absence d'un ordre professionnel constitue l'une des préoccupations les plus fréquemment exprimées par les participants. L'encadrement apparaît ainsi comme un élément essentiel à la reconnaissance de l'ostéopathie et à son intégration au sein du système de santé.

Pour plusieurs répondants, l'existence d'un ordre professionnel est associée à une plus grande crédibilité de la profession. La P18 décrit l'absence d'ordre professionnel encadrant la pratique de l'ostéopathie comme l'un des aspects les plus préoccupants :

> « Ben, si je peux être honnête, c'était un des aspects [...] c'est un des aspects que je trouvais plus gossant. Le fait qu'il n'y avait pas d'ordre. Je trouve ça plus rassurant de savoir qu'un groupe de professionnels de la santé a un ordre, ça veut dire qu'il y a une obligation de formation en continu, etc., etc. » (P18)

Cette idée est également exprimée par la P5, qui établit un lien direct entre l'existence d'un ordre professionnel, la crédibilité de la profession et la confiance lors des références interprofessionnelles :

> « Je pense à ça, mais ça pourrait être autre chose. La crédibilité, la communication, la sécurité. Définitivement, d'avoir un ordre professionnel, je pense que ça pourrait donner énormément de crédibilité et de sécurité. Un ordre, c'est pour la protection du public, ça sécurise les patients et les autres professionnels. Quand je réfère à un pharmacien, j'ai aucun biais, aucun doute. Je suis en parfaite confiance et je sens que cette référence-là, elle ne me retombera pas sur le nez. » (P5)

La question de la protection du public résonne d'ailleurs chez de nombreux autres répondants qui considèrent également qu'un ordre professionnel constitue un mécanisme institutionnel qui assure un meilleur encadrement des pratiques. La P7 souligne notamment qu'un cadre réglementaire mieux défini contribuerait à limiter certaines dérives professionnelles et offrirait une garantie supplémentaire aux patients :

> « Puis, ça donnerait une crédibilité à la profession. Puis, ça éviterait qu'il y ait certaines dérives. Des fois, des personnes peuvent être ostéopathes et avoir des petites pratiques marginales à côté. Avec un ordre professionnel, on évite tout ça. Donc, oui, c'est ça. Quoi qu'en professionnel, ça serait une assurance finalement. C'est indispensable. » (P7)

Elle poursuit sa réflexion en illustrant concrètement cette préoccupation :

> « Qu'est-ce qui empêche les ostéopathes de faire du reiki présentement ? Tu dis aux gens, oui, allez-y en ostéopathie, mais tu ne sais pas qui ils vont aller voir, tu ne sais pas quels services ils vont recevoir... » (P7)

Dans le même esprit, cette participante résume sa position en affirmant simplement :

> « Ce n'est pas parce que je suis anti-ostéopathie, j'y vais moi-même. Tout comme je ne suis pas anti-massothérapie non plus, ça prend un cadre. Ça prend un cadre. » (P7)

Pour certains participants, la mise en place d'un ordre professionnel favoriserait aussi une meilleure intégration de l'ostéopathie au sein du système de santé. La P11 établit d'ailleurs un lien direct entre ces deux éléments :

> «Ça fait que d'avoir un ordre professionnel, puis d'être intégré dans le réseau de la santé. » (P11)

Bien que cette perception soit largement partagée, une participante apporte toutefois une nuance en rappelant que l'encadrement peut également entraîner certaines contraintes administratives susceptibles de réduire l'accessibilité des services :

> « Des fois, rajouter un ordre fait en sorte que le professionnel a plus de tâches administratives. Donc, il est moins accessible. » (P16)

Dans l'ensemble, les participants associent l'encadrement professionnel à une plus grande crédibilité, à une meilleure reconnaissance et à un sentiment accru de sécurité à l'égard de l'ostéopathie. Pour plusieurs, la création d'un ordre professionnel représente un levier susceptible de renforcer la confiance envers la profession, de favoriser son intégration au sein du système de santé québécois et d'encadrer plus uniformément les pratiques.

La formation des ostéopathes : une formation perçue comme exigeante, mais insuffisamment uniformisée

En général, les participants portent un regard favorable sur la formation des ostéopathes. Lorsqu'ils se prononcent sur cette question, ils associent d'emblée le parcours académique à des études rigoureuses. Certains participants décrivent d'ailleurs la formation des ostéopathes comme étant particulièrement exigeante. Une participante évoque notamment le parcours d'un collègue ostéopathe, qu'elle perçoit comme étant très rigoureux :

> « Je le voyais tellement travailler fort [...]. Je trouve que c'est tellement rigoureux que je n'aurais pas de crainte par rapport à la qualité du service à référer. » (P15)

P8 associe également l'ostéopathie à une formation de niveau universitaire :

> « Le niveau ostéopathique, c'est un niveau universitaire. [...] Dans ma compréhension, on est quand même au niveau universitaire. » (P8)

Malgré cette perception généralement positive, plusieurs participants expriment une préoccupation concernant l'hétérogénéité des parcours de formation. Cette inquiétude ne porte pas tant sur la qualité de la formation elle-même que sur l'absence perçue de standards communs entre les différentes écoles.

La P16 mentionne notamment avoir l'impression que les formations offertes ne sont pas toutes équivalentes, tout en précisant que cette impression repose davantage sur une perception ressentie que sur une connaissance vérifiée :

> « J'ai l'idée préconçue qu'il existe différentes écoles qui ne seraient pas tous, équivalentes [...]. Ça, pour moi, c'est une perception qui m'insécurise. » (P16)

Cette préoccupation est particulièrement présente chez les physiothérapeutes interrogés. La P5 souligne que dans « la formation de base, il y a tellement de divergences entre les ostéopathes », tandis que la P1 mentionne que l'absence d'uniformisation des programmes la préoccupe :

> « Il y a beaucoup d'écoles d'ostéopathie, mais la formation n'est pas uniformisée. Je pense que c'est le premier point, peut-être même le seul, qui me crée toujours un inconfort. » (P1)

La P1 associe aussi cette diversité des parcours à une possible variabilité des approches cliniques :

> « Il peut y avoir une inégalité au niveau des approches ou de la formation. » (P1)

Dans l'ensemble, les participants ne remettent pas nécessairement en question le sérieux ou l'exigence de la formation en ostéopathie. Leurs préoccupations concernent surtout la diversité des parcours de formation et l'absence d'uniformisation entre les différentes écoles. Selon les données recueillies, la faiblesse de la régulation et de standardisation de la formation des ostéopathes alimente l'incertitude et limite probablement les espaces de collaboration interprofessionnelle. Cette incertitude quant à l'uniformité de la formation explique probablement, du moins en partie, pourquoi les pratiques de référencement sont limitées et que même lorsqu'elles existent, elles reposent davantage sur la relation entretenue avec un ou une thérapeute en particulier plutôt qu'avec la pratique ostéopathique en tant que profession.

Les enjeux financiers comme obstacle à l'accès

Les considérations pécuniaires constituent une autre préoccupation récurrente chez plusieurs participants. Ceux-ci estiment que l'accès aux services ostéopathiques demeure

limité en raison des coûts associés aux consultations. Cette réalité financière influence parfois la place que les professionnels accordent à l'ostéopathie dans leurs recommandations, particulièrement auprès des clientèles vulnérables ou défavorisées.

La P9, qui exerce en clinique privée, souligne que plusieurs de ses patients éprouvent déjà des difficultés financières à assumer le coût de leur consultation avec elle. Dans ce contexte, le recours à d'autres services privés, comme l'ostéopathie, représente une dépense supplémentaire difficile à envisager :

> « Beaucoup de mes patients ont déjà de la difficulté à avoir une accessibilité au privé. » (P9)

Cette réalité amène certains professionnels à ne pas proposer l'ostéopathie lorsque les ressources financières des patients apparaissent limitées. La P12 l'exprime clairement :

> « S'il n'y a pas les moyens financiers, je vais pas l'offrir. » (P12)

Cette préoccupation est également soulevée par la P3, qui considère que l'absence de couverture par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) représente un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins ostéopathiques :

> « L'aspect financier et le fait qu'on n'est pas intégré à la RAMQ ? Ça demande un effort supplémentaire. » (P3)

La pression financière apparaît particulièrement préoccupante dans le contexte de la douleur chronique, où plusieurs patients doivent déjà composer avec des dépenses liées à la consultation de différents professionnels de la santé. De plus, la disparité des régimes (privé vs publics) place nécessairement l'ostéopathie dans une autre catégorie de soins et de services, et ce, autant au chapitre des perceptions symboliques que dans la réalité concrète de la collaboration avec les différents professionnels de la santé.

La sécurité clinique comme condition essentielle à la pratique ostéopathique

La sécurité clinique constitue une préoccupation importante pour plusieurs participants, particulièrement lorsqu'il est question de la prise en charge de patients présentant des conditions complexes ou potentiellement graves. Les réserves exprimées ne portent

toutefois pas sur l'ostéopathie de manière générale, mais davantage sur les conditions nécessaires à une pratique jugée sécuritaire.

La P12 insiste notamment sur l'importance de reconnaître les situations nécessitant un examen médical préalable avant toute intervention ostéopathique :

> « Toute nouvelle douleur devrait être vérifiée médicalement avant d'être adressée en ostéopathie. » (P12)

Cette préoccupation s'inscrit dans une réflexion plus large concernant la capacité des ostéopathes à reconnaître les drapeaux rouges et les situations qui dépassent leur champ de compétence.

Un participant évoque quant à lui certaines inquiétudes concernant les manipulations cervicales, en faisant référence aux complications parfois rapportées dans la littérature ou les médias :

> « On a tous entendu des histoires d'horreur [...] quelqu'un va aller voir un ostéo, puis il se fera manipuler, puis là ils vont faire un stroke. » (P14)

À l'inverse, un autre répondant considère que les interventions ostéopathiques lui semblent généralement peu risquées :

> « C'est aussi beaucoup de manipulations physiques qui sont en soi pas si dangereuses. » (P4)

Dans l'ensemble, les préoccupations exprimées par les participants concernent moins la sécurité des techniques ostéopathiques elles-mêmes que la capacité du professionnel à reconnaître les limites de son champ de pratique, à déceler les situations nécessitant un examen médical et à intervenir de façon sécuritaire auprès de patients présentant des conditions plus complexes.

Convergences et nuances selon les professions représentées

Concernant les principaux enjeux entourant l'exercice de l'ostéopathie, une grille de lecture en fonction de l'appartenance professionnelle fait ressortir davantage de convergences que de divergences. Les préoccupations relatives aux données probantes, à l'encadrement

professionnel, à l'accessibilité financière et à la sécurité clinique sont soulevées par des participants issus de différentes professions, sans qu'une spécificité professionnelle claire ne se dégage.

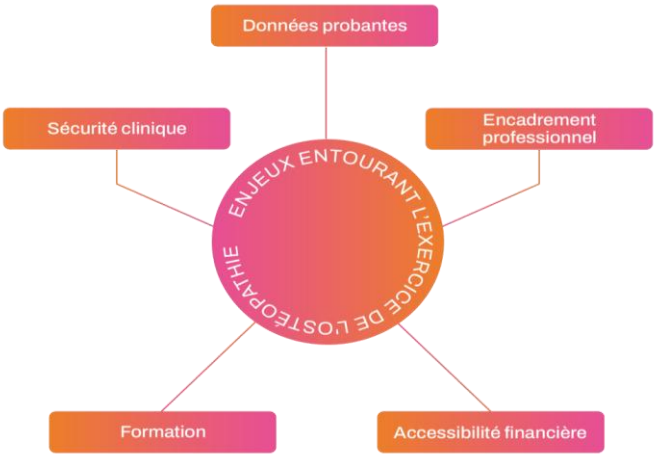
Une nuance plus marquée concerne toutefois la formation des ostéopathes. Les deux physiothérapeutes interrogées (P1 et P5) soulèvent explicitement l'hétérogénéité des parcours et l'absence d'uniformisation entre les écoles. Cette préoccupation n'est toutefois pas exclusive à la physiothérapie, puisque la nutritionniste (P16) rapporte également une inquiétude quant à l'équivalence des différentes formations.

Certaines variations sont également observées concernant la sécurité clinique, mais elles demeurent ponctuelles et semblent davantage liées au contexte de pratique qu'à l'appartenance professionnelle. Dans l'ensemble, les enjeux entourant l'exercice de l'ostéopathie apparaissent équitablement distribués au sein des professions représentées dans l'échantillon.

Les principaux enjeux associés à l'exercice de l'ostéopathie et les facteurs influençant sa crédibilité, son intégration et son référencement par les professionnels de la santé sont synthétisés dans la **Figure 8** suivante.

Figure 8

Enjeux entourant l'exercice de l'ostéopathie : facteurs de crédibilité, de reconnaissance et d'intégration selon les professionnels de la santé



Thème 3 : La place de l'ostéopathie dans la trajectoire de soins et les pratiques de référencement

Place de l'ostéopathie dans la trajectoire de soins

Une profession jugée pertinente dans la prise en charge de la douleur chronique

Malgré les réserves exprimées à l'égard de certains aspects de la profession et des pratiques de référencement, la majorité des participants considèrent que l'ostéopathie peut jouer un rôle dans la prise en charge de la douleur chronique.

Une infirmière praticienne exprime une position particulièrement favorable à cet égard :

> « Honnêtement, dans la douleur chronique, je suis persuadée [...] qu'il y aurait vraiment des bienfaits à le mettre de l'avant et à l'utiliser davantage. » (P9)

P18 considère également que l'ostéopathie peut représenter une option pertinente dans les situations où les traitements conventionnels offrent un soulagement limité :

> « L'ostéopathie pourrait sûrement être un adjuvant important. » (P18)

Une orthophoniste rapporte pour sa part une perception globalement positive de cette approche :

> « Je pense que globalement, ma position est plutôt positive. Je pense que clairement, il y a des choses qui peuvent être positives pour le client. » (P10)

Cette perception est aussi partagée par P5, qui affirme simplement :

> « Je pense que l'ostéopathie a définitivement sa place en douleur chronique. » (P5)

P18 souligne quant à elle l'importance de demeurer ouverte à différentes approches thérapeutiques dans le contexte de la douleur chronique :

> « Je crois aux approches complémentaires. Je pense qu'il y a de la place pour différents types de pratiques dans la prise en charge. » (P18)

Même chez les participants exprimant davantage de prudence à l'égard de certains fondements théoriques ou de certaines modalités d'intervention, l'ostéopathie demeure généralement perçue comme une option envisageable lorsqu'elle est pratiquée de façon sécuritaire et qu'elle apporte un bénéfice au patient. Une participante résume cette position en affirmant :

> « Tant que tu ne mets pas le patient en danger, si ça peut l'aider, je suis ouverte. » (P14)

Dans l'ensemble, les participants reconnaissent une place à l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. Bien que les raisons évoquées varient d'un professionnel à l'autre, plusieurs considèrent qu'elle peut contribuer positivement au parcours de soins des personnes vivant avec de la douleur persistante.

Une intégration souhaitée aux équipes interdisciplinaires

Au-delà de sa contribution clinique, une majorité de participants estiment que l'ostéopathie pourrait occuper une place plus importante au sein des équipes interdisciplinaires impliquées dans la prise en charge de la douleur chronique. Plusieurs considèrent que l'intégration des ostéopathes au réseau de la santé permettrait de bonifier les services offerts aux patients et de favoriser une approche plus globale des soins.

P12 affirme notamment :

> « La physiothérapie, la massothérapie, l'ostéopathie, l'acupuncture, tout ça devrait être intégré dans des soins intégraux. » (P12)

Elle souligne également les avantages qu'une telle intégration pourrait avoir sur la synergie existante entre professionnels :

> « Si on intégrait ce type de traitement-là dans l'équipe interdisciplinaire qui soutient les patients, on pourrait mieux communiquer. » (P12)

P14 partage une vision similaire et décrit un modèle idéal où l'ensemble des professionnels collaboreraient étroitement autour du patient :

> « Tu as le physio qui est sur place, tu as la travailleuse sociale qui est sur place, le psychologue qui est sur place, l'ostéo qui est sur place [...] puis on travaille tous en équipe. » (P14)

Cette importance accordée à l'interdisciplinarité est également mise de l'avant par une nutritionniste :

> « Je verrais cette profession-là comme venir vraiment aider, être complémentaire, venir compléter une équipe qui est déjà présente. » (P16)

D'autres participants soulignent aussi que les ostéopathes semblent davantage intégrés aux trajectoires de soins dans certains pays européens. P10 mentionne notamment :

> « En France [...] l'ostéo est vraiment intégrée, c'est vraiment un travail interdisciplinaire. » (P10)

En somme, les professionnels interrogés paraissent, généralement, assez ouverts à une plus grande intégration des ostéopathes dans les trajectoires de soins. Cependant, comme nous l'avons vu dans les sections précédentes, cette ouverture semble se buter à une réalité clinique beaucoup plus difficile à concilier avec une discipline n'étant pas totalement en phase avec les institutions, la culture et les codes de la science biomédicale.

L'ostéopathie comme approche complémentaire

Pour d'autres professionnels, la référence vers l'ostéopathie ne s'inscrit pas nécessairement dans un contexte d'échec des approches habituellement proposées. Elle est plutôt envisagée comme une intervention pouvant s'ajouter aux traitements déjà en cours afin de bonifier la prise en charge des personnes vivant avec de la douleur chronique.

P13 considère notamment que l'ostéopathie pourrait contribuer au soulagement de certains patients malgré la présence de traitements conventionnels spécialisés :

> « Même s'il y a des traitements plus complexes, plus sophistiqués au CHUM [Centre hospitalier de l'Université de Montréal], l'ostéopathie pourrait sûrement être un adjuvant important. » (P13)

P6 partage une perception similaire lorsqu'elle évoque certaines situations de douleur persistante :

> « Il y a quelqu'un qui a eu une blessure qui ne passe pas [...] je crois que ça peut quand même aider dans plusieurs cas de douleurs chroniques très variées aussi. » (P6)

Cette vision est également exprimée par un pharmacien, qui considère l'ostéopathie comme un apport supplémentaire au parcours thérapeutique :

> « Tout ce qui peut l'aider, ça va être un bonus complémentaire. » (P4)

Les pratiques de référencement vers l'ostéopathie

Les habitudes de référencement des participants vers l'ostéopathie sont diversifiées. Alors que certains professionnels orientent régulièrement leurs patients vers cette approche, d'autres affirment ne jamais le faire ou seulement dans certaines circonstances particulières.

Les raisons expliquant l'absence de référencement

Dans la majorité des entretiens réalisés, l'absence de référencement ne semble pas traduire un rejet de l'ostéopathie. Les participants l'associent plutôt à différents facteurs, notamment la faible intégration de l'ostéopathie au sein du système de santé, l'absence d'un encadrement professionnel reconnu et des habitudes de référencement déjà bien établies vers d'autres professionnels de la santé.

P14 explique ainsi que l'ostéopathie ne fait pas partie des pratiques de référencement courantes en médecine :

> « En médecine, on ne recommande pas d'emblée. Ce n'est pas intégré dans le système de la santé. » (P14)

P17 associe quant à elle directement son absence de référencement au manque d'encadrement réglementaire de la profession :

> « Il n'y a pas d'ordre professionnel des ostéopathes, donc déjà en partant, je ne peux pas référer. » (P17)

D'autres participants décrivent plutôt une certaine réticence liée à leurs habitudes de pratique ou à une plus grande familiarité avec d'autres professionnels. Un pharmacien mentionne :

> « On dirait qu'on a plus tendance à référer vers les physios. » (P4)

Dans l'ensemble, l'absence de référencement rapportée par plusieurs participants s'explique principalement par la faible intégration de l'ostéopathie dans les pratiques de référencement habituelles, l'absence d'un encadrement professionnel reconnu ainsi que des habitudes de collaboration déjà bien établies avec d'autres professionnels de la santé.

La confiance envers le praticien comme déterminant du référencement

À l'inverse, plusieurs autres participants rapportent référer, selon différents critères et à différentes fréquences, leurs patients vers l'ostéopathie. Néanmoins, seulement un participant mentionne intégrer cette approche de façon régulière à sa pratique clinique. La P9 affirme ainsi proposer très fréquemment cette approche auprès de sa clientèle présentant des problématiques musculosquelettiques :

> « J'en parle vraiment; pratiquement à, je dirais, 80-90 % des cas que j'ai du musculosquelettique. » (P9)

Elle ajoute :

> « Je l'offre et je le prescris vraiment souvent aussi. » (P9)

Cependant, à l'exception de cette participante, les professionnels qui réfèrent en ostéopathie précisent que leur décision repose avant tout sur la confiance accordée à un ostéopathe en particulier plutôt que sur la profession elle-même. P18 explique qu'il est primordial pour lui de connaître l'ostéopathe vers qui il oriente son patient :

> « Ma première préoccupation, ce serait de la connaissance, la bonne connaissance de la personne à qui je réfère. » (P18)

Il précise ensuite :

> « C'est plus une question de référer au bon ostéopathe plus que des préoccupations en lien avec la profession comme telle. » (P15)

Puis il résume cette idée en affirmant :

> « Ce n'est pas l'ostéopathie, c'est peut-être la personne. » (P15)

P6 rapporte également que ses références reposent sur une collaboration déjà établie avec un ostéopathe de son milieu de travail :

> « Je lui ai référé personnellement certains patients, donc j'ai pu avoir des feedbacks des clients par rapport à son approche. » (P6)

Des considérations semblables sont également présentes chez les physiothérapeutes interrogés. L'un d'eux explique privilégier les références vers des ostéopathes dont il connaît personnellement la pratique :

> « Moi, ce que j'aime bien faire, c'est d'aller moi-même consulter le thérapeute. » (P1)

P5 adopte une approche similaire lorsqu'elle recommande un professionnel précis :

> « Va voir telle personne, elle est vraiment bonne, je travaille souvent avec elle. » (P5)

Dans l'ensemble, les participants qui rapportent recommander l'ostéopathie accordent une place importante à la connaissance personnelle du praticien ainsi qu'aux expériences de collaboration antérieures. La confiance semble ainsi davantage reposer sur l'expertise perçue d'ostéopathes spécifiques que sur la profession dans son ensemble.

L'ostéopathie envisagée lorsque les approches habituelles atteignent leurs limites

Plusieurs participants disent envisager une référence vers l'ostéopathie lorsque les interventions habituellement proposées ne permettent pas d'obtenir les résultats escomptés. Sans remettre en question la pertinence des approches conventionnelles, ces professionnels

reconnaissent que la prise en charge de la douleur chronique est complexe et que certains patients peuvent bénéficier d'une approche thérapeutique telle que l'ostéopathie.

Par exemple, P9 explique qu'elle propose fréquemment l'ostéopathie lorsque plusieurs interventions ont déjà été tentées sans améliorations jugées suffisantes :

> « Quand ça traite du musculosquelettique, qu'ils ont tenté beaucoup de physiothérapie, qu'ils ont tenté beaucoup de molécules, glace, tout ça, et des exercices, et qu'il y a une petite stagnation, je le propose vraiment souvent pour voir si, avec une autre approche, on peut avoir une certaine amélioration supplémentaire. » (P9)

P16 apporte une réflexion semblable :

> « Dans le fond, je réfère c'est quand ils vivent un échec dans le cadre d'un traitement conventionnel de la santé. » (P16)

P5 dit référer lorsque l'évolution clinique demeure insatisfaisante malgré les interventions effectuées :

> « C'est sûr que si, après quatre fois qu'on se voit, il n'y a aucun changement et je vois qu'il pourrait y avoir d'autres systèmes qui sont touchés, qui peuvent venir influencer la condition, je pense que c'est là que je vais avoir tendance à référer. » (P5)

Ainsi, pour plusieurs participants, le référencement en ostéopathie ne survient pas en première ou deuxième ligne. Sans qu'elle représente nécessairement un dernier recours, la discipline apparaît ainsi comme une approche relativement marginale utilisée lorsque les solutions habituellement proposées ne permettent pas d'obtenir les résultats attendus ou que l'évolution clinique semble stagner.

Les préférences et les attentes du patient comme moteur du référencement

Les décisions de référencement sont également influencées par les préférences, les attentes et les expériences rapportées par les patients. Pour plusieurs participants, l'ouverture du

patient envers l'ostéopathie constitue un élément important dans la décision de proposer cette approche.

P4 souligne que plusieurs patients consultent déjà spontanément en ostéopathie : « J'ai des clients qui, d'emblée, vont en ostéo ». Elle ajoute que les retours positifs de ces patients contribuent à maintenir une perception favorable de cette approche : « Les retours de patients [...] je les trouve intéressants ».

D'autres participants rapportent que les croyances des patients influencent également leurs décisions de référencement. P10 explique notamment que certains se montrent peu réceptifs à cette approche : « Il y en a qui fermement n'y croient pas, ils n'iront jamais consulter ». Elle souligne que cette réalité l'amène parfois à faire preuve de prudence afin de préserver l'alliance thérapeutique :

> « C'est toujours comme un peu de marcher sur des œufs [...] est-ce que je vais me faire discréditer si je leur parle d'ostéo ? » (P10)

À l'opposé, une participante mentionne que les attentes du patient peuvent influencer positivement la décision à référer en ostéopathie : « La croyance du patient [...] ça peut en m'influencer positivement à référer » (P2).

Que l'opinion soit positive ou négative, on observe dans les deux cas la perception que l'ostéopathie, à l'opposé des traitements conventionnels, relève plutôt du domaine de la croyance individuelle et que la discipline s'inscrit dans un espace de signification plus ou moins rationnel. Même si cette perception n'est pas nécessairement celle des professionnels en question, il demeure néanmoins que ce discours est présent dans l'espace public et qu'il conditionne en partie la façon dont les professionnels de la santé doivent se positionner au sujet d'une discipline inspirant potentiellement le doute et l'incertitude quant à sa validité. Ainsi, ils doivent naviguer entre leurs propres perceptions et celles de leurs patients, dans un contexte institutionnel où, comme l'ont mentionné plusieurs répondants, l'ostéopathie est presque totalement absente.

Convergences et nuances selon les professions représentées

Les propos recueillis portant sur la place de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins de même que ceux sur les pratiques de référence des différents répondants mettent également en évidence plusieurs convergences. Si des participants de diverses disciplines reconnaissent la pertinence de l'ostéopathie dans le traitement de la douleur chronique ainsi que la nécessité d'une meilleure intégration interdisciplinaire, aucun discours distinct ne se dégage du corpus en fonction des catégories professionnelles.

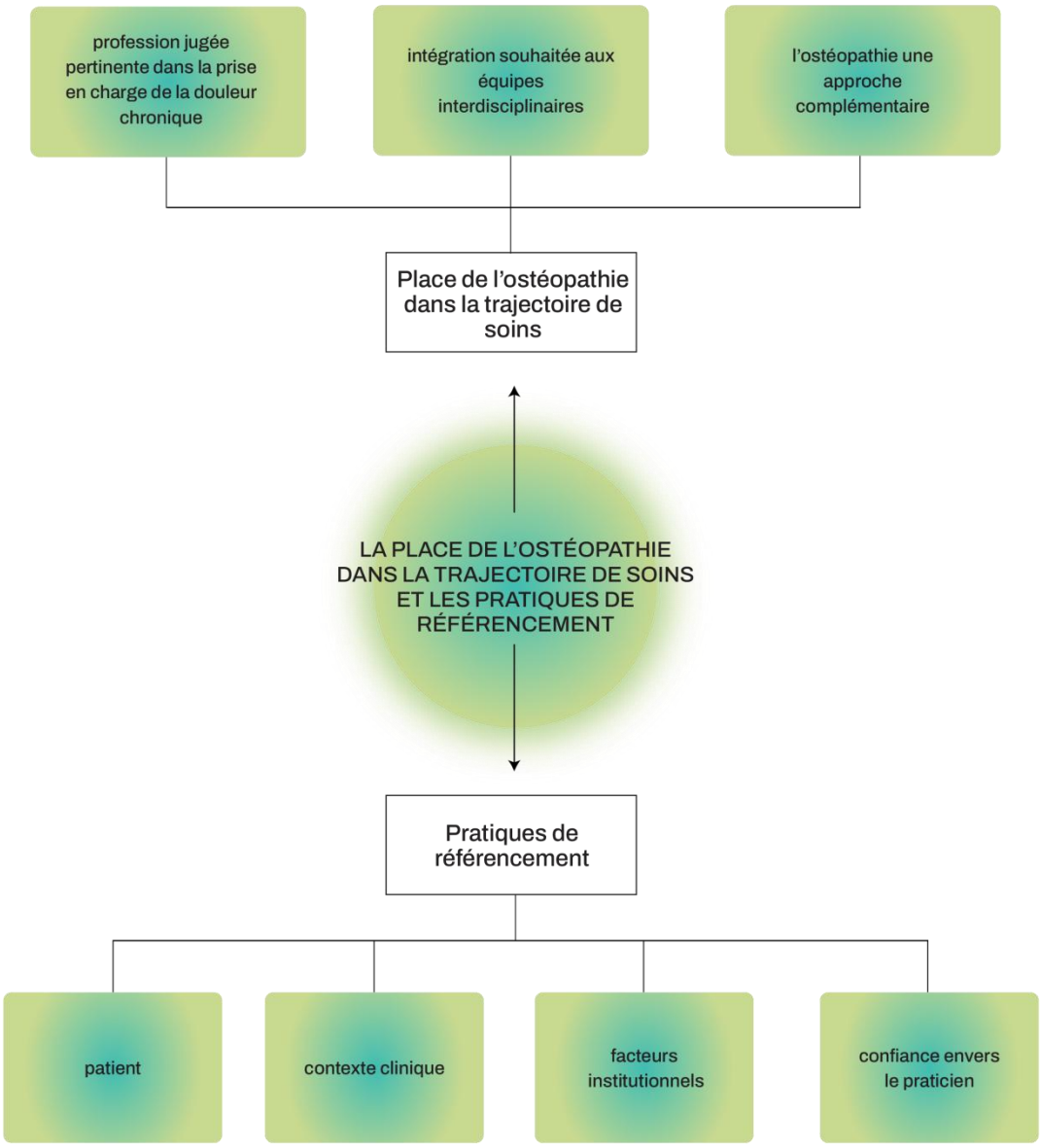
Des nuances apparaissent toutefois dans les pratiques de référence. Chez les physiothérapeutes et les dentistes, l'orientation vers l'ostéopathie repose fréquemment sur la connaissance d'un praticien précis et sur des expériences antérieures de collaboration. Le participant P15 résume cette logique en affirmant : « Ce n'est pas l'ostéopathie, c'est peut-être la personne. »

Chez certains médecins et psychologues, l'absence ou la faible fréquence de référence est davantage associée à la place limitée de l'ostéopathie dans les structures et les pratiques institutionnelles. La participante P14 souligne ainsi qu'« en médecine, on ne recommande pas d'emblée » l'ostéopathie puisqu'elle « n'est pas intégrée dans le système de la santé », tandis que la participante P17 associe directement son absence de référence à l'encadrement de la profession : « Il n'y a pas d'ordre professionnel des ostéopathes, donc déjà en partant, je ne peux pas référer ». Pour les autres professions représentées, les pratiques apparaissent plus hétérogènes et ne permettent pas de dégager de tendance professionnelle marquée.

Les principales dimensions influençant la place accordée à l'ostéopathie dans les trajectoires de soins ainsi que les facteurs modulant les pratiques de référencement des professionnels de la santé sont synthétisées dans la **Figure 9** suivante.

Figure 9

Place de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins et facteurs influençant les pratiques de référencement



Les trois thèmes présentés dans ce chapitre illustrent les principales perceptions exprimées par les professionnels de la santé concernant la place de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. Le chapitre suivant mettra ces résultats en perspective avec les écrits scientifiques afin d'en approfondir l'interprétation.

DISCUSSION

Comprendre l'ostéopathie : connaissances et représentations des professionnels de la santé

Les témoignages recueillis auprès des participants sont cohérents avec les observations rapportées par Paubert et al.(2024) ainsi que par Youn et al. (2023),qui mettent en évidence une connaissance souvent limitée de l'ostéopathie chez les professionnels de la santé, notamment en ce qui concerne ses principes, ses indications et le rôle de l'ostéopathe dans la prise en charge de la douleur chronique.

En complément des observations rapportées dans la littérature, les résultats de la présente étude permettent de préciser la façon dont cette méconnaissance se manifeste concrètement dans le discours des professionnels. Ils mettent en lumière plusieurs facteurs susceptibles de contribuer à cette compréhension partielle, voire incomplète de l'ostéopathie.

À la lecture des résultats, on remarque que cette compréhension limitée prend plusieurs formes. Chez certains participants, elle se manifeste par une incapacité quasi complète à définir l'ostéopathie. Chez d'autres, la définition de l'ostéopathie se centre uniquement sur les manipulations, éjectant complètement le raisonnement clinique et philosophique de la profession, limitant ainsi l'étendue de son champ de pratique. Cette compréhension partielle et réductrice semble également limiter la capacité qu'ont plusieurs répondants à relever les indications de l'ostéopathie ainsi que les situations dans lesquelles une référence pourrait s'avérer pertinente. Enfin, plusieurs participants éprouvent des difficultés à distinguer clairement l'ostéopathie d'autres professions intervenant dans le domaine musculosquelettique, notamment la physiothérapie et la chiropratique.

Malgré une compréhension qui nous apparaît partielle, des représentations relativement cohérentes de l'ostéopathie émergent des discours colligés. Lorsqu'ils tentent de définir l'ostéopathie, plusieurs répondants évoquent spontanément une approche globale, centrée sur la personne et mettant en relation les différents systèmes du corps humain. Ces éléments rejoignent plusieurs des principes fondamentaux de la définition proposée par l'OMS (2010), qui décrit l'ostéopathie comme une approche holistique reconnaissant l'interdépendance entre le corps et l'esprit.

Toutefois, les autres composantes centrales de la définition de l'OMS (2010), notamment les relations entre la structure et la fonction, l'utilisation du contact manuel à des fins diagnostiques et thérapeutiques, les mécanismes d'autorégulation de l'organisme ainsi que la conception de l'être humain comme une unité fonctionnelle dynamique, ne sont pratiquement jamais mentionnés par les participants. Cet important écart sémantique nous laisse croire que les professionnels de la santé ne mobilisent pas les mêmes repères conceptuels ni le même langage que ceux utilisés par les ostéopathes pour décrire la profession. Ces résultats suggèrent que, même si certains principes généraux de l'ostéopathie semblent relativement connus, ils s'accompagnent d'une compréhension plus que limitée des fondements conceptuels et cliniques qui caractérisent la discipline.

Si la globalité constitue le principal point de convergence entre les représentations des participants et la définition proposée par l'OMS (2010), les résultats montrent que cette notion est loin de faire l'objet d'une compréhension univoque, puisque les significations attribuées à cette globalité varient d'un participant à l'autre. Pour certains, elle renvoie avant tout à une approche centrée sur la personne; pour d'autres, elle réfère aux interactions biomécaniques et physiologiques des différentes structures du corps. La présence de cette polysémie révèle que, même lorsque des éléments semblent faire consensus chez les participants, une ambiguïté importante persiste quand vient le temps de définir l'ostéopathie.

D'autre part, les participants associent davantage le rôle clinique de l'ostéopathie aux interventions manuelles et à la prise en charge des troubles musculosquelettiques. Bien que cette représentation apparaisse cohérente avec une partie importante du champ de pratique ostéopathique, elle réduit l'ostéopathie à ses modalités d'intervention les plus visibles, en laissant peu de place à d'autres dimensions pourtant centrales de la profession, comme le raisonnement clinique ou la diversité des contextes dans lesquels l'ostéopathie peut être mobilisée.

Cette représentation relativement unidimensionnelle de la pratique de l'ostéopathie transparaît également dans les réserves exprimées à l'égard de l'approche viscérale. Alors qu'en général, les participants associent spontanément l'ostéopathie à la prise en charge des troubles musculosquelettiques, plusieurs répondants évoquent des difficultés à comprendre

la place et les fondements physiologiques des interventions viscérales. Si ces réserves ne semblent pas traduire un rejet de l'ostéopathie dans son ensemble, elles témoignent toutefois d'une ignorance profonde des mécanismes susceptibles d'en expliquer les effets. Dans ce contexte, la légitimité de l'approche viscérale comme modalité d'intervention ostéopathique dans la prise en charge de la douleur chronique apparaît encore plus difficile à établir auprès des professionnels de la santé. Il est par ailleurs fort probable que cette difficulté ne soit pas propre aux interventions viscérales, mais qu'elle s'étende à d'autres dimensions de l'ostéopathie dont les fondements théoriques et les mécanismes d'action sont moins familiers aux professionnels de la santé, notamment les approches crâniennes, cranio-sacrée ou fasciale. À ce titre, la majorité des répondants n'ont pasévoqué ces approches, suggérant encore davantage que leur connaissance de l'ostéopathie se limite à son aspect purement technique et manipulatoire.

Les résultats suggèrent ainsi que les participants tendent à expliquer l'ostéopathie et son champ de pratique à partir de cadres conceptuels qui leur sont déjà familiers, ce qui teinte nécessairement leur compréhension de la discipline et peut, dans certains cas, la dissocier de son socle philosophique et épistémologique. Cette observation rejoint les travaux de Sharp et al. (2018), selon lesquels les CAM reposent sur des référentiels conceptuels qui diffèrent, à certains égards, de ceux du modèle biomédical dominant. Dans cette perspective, il est donc tout à fait cohérent que les dimensions de l'ostéopathie qui s'inscrivent plus facilement dans les cadres d'interprétation des professionnels interrogés, notamment le recours aux traitements manipulatoires, apparaissent plus reconnaissables que certaines approches s'éloignant davantage des repères conceptuels communs. En ce sens, il n'est pas surprenant que des pans entiers de la discipline ostéopathique soient complètement évacués des discours recueillis.

À ces différences de cadres conceptuels pourrait également s'ajouter un enjeu linguistique. Gaboury et al. (2009) ainsi que Chung et al. (2012) soulignent que l'absence d'un langage commun constitue un obstacle important à la compréhension mutuelle entre les praticiens biomédicaux et ceux issus des médecines alternatives et complémentaires. Les résultats de la présente étude laissent ainsi penser que certaines dimensions de l'ostéopathie pourraient être plus difficiles à comprendre par les professionnels de la santé non seulement parce

qu'elles reposent sur des bases épistémologiques différentes, mais également parce que les concepts utilisés pour les décrire ne trouvent pas toujours d'équivalent univoque et direct dans le langage clinique habituellement partagé par les professionnels de la santé.

À titre illustratif, un ostéopathe pourrait expliquer une intervention viscérale en affirmant qu'elle vise à rétablir la mobilité du foie afin de favoriser les capacités intrinsèques d'autorégulation et d'auto-guérison de l'organisme. Le même geste clinique pourrait toutefois être décrit par un autre professionnel comme une mobilisation de la région de l'hypocondre droit visant à améliorer la mobilité des tissus environnants, dans un contexte où cette restriction est susceptible de contribuer aux douleurs dorsales. Bien que ces deux formulations puissent renvoyer à une intervention comparable, elles reposent sur des registres conceptuels et sémantiques différents, ce qui peut compliquer la compréhension mutuelle entre les professions.

Ces interprétations conceptuelles et linguistiques méritent toutefois d'être nuancées à la lumière des travaux de L'Hermite (2020), qui rappellent que, malgré l'existence d'une définition internationale largement reconnue, l'ostéopathie ne fait pas encore l'objet d'un consensus interne au sujet de sa conceptualisation et de ses fondements théoriques. Les représentations de la profession varient notamment selon les écoles de pensée, les contextes de formation et les pratiques cliniques. Cette diversité est également décrite par Thomson et al. (2014), qui situe la pratique ostéopathique sur un continuum allant d'une rationalité technique à un art professionnel davantage réflexif et relationnel. Dans cette perspective, les connaissances et les représentations observées chez les participants pourraient refléter non seulement leur faible exposition à l'ostéopathie, mais également la diversité des conceptualisations qui coexistent au sein même de la profession.

Les résultats de cette étude invitent également à réfléchir aux conséquences que peut entraîner cette compréhension partielle de l'ostéopathie sur les collaborations interprofessionnelles. Comme le soulignent D'Amour et Oandasan. (2005), la prise en charge des problématiques complexes, comme la douleur chronique, repose sur une véritable intégration des savoirs et une coordination des interventions entre les différents professionnels impliqués. Dans cette perspective, une compréhension limitée du rôle et du champ de pratique de l'ostéopathie pourrait complexifier son intégration au sein d'une

démarche collaborative, notamment lorsqu'il s'agit de relever les situations dans lesquelles son apport pourrait être pertinent.

Les discours colligés lors de notre étude permettent également de trouver d'autres facteurs susceptibles de contribuer aux représentations et aux définitions partielles de l'ostéopathie. Les participants rapportent notamment une faible exposition à cette profession au cours de leur formation initiale, le manque d'occasions d'interagir avec des ostéopathes dans leur pratique clinique ainsi qu'une présence encore très limitée de l'ostéopathie au sein des milieux de soins. Plusieurs soulignent également une visibilité jugée insuffisante de la profession dans les espaces publics et institutionnels et estiment qu'une meilleure connaissance de la discipline et de son rôle potentiel passerait par une présence accrue dans les milieux cliniques, les activités de formation et les échanges interprofessionnels.

Ces différents facteurs peuvent être interprétés à la lumière des travaux de Creswell (2013), présentés dans la recension des écrits sur la construction des perceptions. Ceux-ci suggèrent que les perceptions se développent à partir des connaissances acquises, des expériences vécues, mais aussi du contexte dans lequel elles le sont, par exemple, les relations interprofessionnelles ou encore le cadre académique. Les résultats de la présente étude suggèrent ainsi que la faible exposition des participants à l'ostéopathie dans un contexte professionnel ou scolaire les a menés à construire leurs perceptions à partir de repères personnels, tels que leur propre expérience de consultation ou les témoignages de proches ayant eu recours à l'ostéopathie. Ainsi, les constructions discursives et les éléments de sens attribués à l'ostéopathie ne s'inscrivent pas dans un contexte clinique ou normatif, mais bien à partir d'expériences personnelles et d'éléments discursifs potentiellement empreints d'un biais de disponibilité, il est plausible que ces perceptions soient teintées d'éléments affectifs, qu'elles soient positives ou négatives.

Cette manière de construire les perceptions semble toutefois entrer en tension avec le rôle professionnel des participants. En effet, si leurs représentations de l'ostéopathie reposent largement sur des expériences personnelles et familiales fortement ancrées dans leurs affects, les décisions cliniques qu'ils sont appelés à prendre s'inscrivent quant à elles dans un cadre professionnel régi par des critères de validation. Cette tension pourrait expliquer pourquoi plusieurs participants se montrent ouverts à l'ostéopathie sur le plan personnel,

tout en exprimant davantage de réserves lorsqu'ils envisagent d'y recommander un patient. Autrement dit, leur appréciation personnelle de l'ostéopathie ne semble pas toujours suffisante pour répondre aux exigences de leur rôle professionnel.

La crédibilité de l'ostéopathie : les limites et les préoccupations

Les résultats observés révèlent que, pour plusieurs participants, la crédibilité de l'ostéopathie demeure étroitement liée à la question des données probantes. Bien que ce thème n'ait été abordé que par un nombre limité de professionnels, il apparaît comme un critère fort important dans leur appréciation de cette profession et dans leur disposition à la recommander. Cette observation rejoint les travaux de Youn et al. (2023) ainsi que ceux de Jarvis et al. (2015) qui montrent que la disponibilité de données probantes constitue un facteur important dans l'acceptation et l'intégration des médecines complémentaires par les professionnels de la santé.

Cette importance accordée aux données probantes s'inscrit dans un contexte où les recommandations sur les bonnes pratiques professionnelles appellent à fonder les décisions cliniques sur les meilleures connaissances scientifiques existantes, conformément aux orientations rappelées par l'OMS (2025).

Nous nous permettons toutefois d'apporter certaines nuances à cette observation. Les répondants à cette étude ne semblent pas rechercher uniquement des preuves démontrant l'efficacité de l'ostéopathie. Leurs discours suggèrent plutôt qu'ils souhaitent disposer de repères leur permettant de mieux situer cette profession dans leur pratique clinique. Les données probantes apparaissent ainsi comme un outil permettant d'établir plus clairement les indications reconnues, les bénéfices attendus ainsi que les limites de l'intervention ostéopathique. En ce sens, l'accès aux données probantes semble être moins recherché comme une preuve de validité biomédicale de l'ostéopathie que comme un moyen d'orienter le jugement clinique et de relever les situations dans lesquelles cette approche pourrait être pertinente.

Les résultats mettent également en lumière une autre dimension de cette réflexion, soit les défis associés à la production même des données probantes en ostéopathie. La réflexion formulée par au moins une participante apporte une nuance particulièrement intéressante en

reconnaissant les défis méthodologiques associés à l'évaluation d'interventions complexes et individualisées telles que l'ostéopathie. Son discours suggère que l'absence de données robustes ne traduit pas nécessairement une absence d'efficacité, mais pourrait cependant refléter les limites des approches méthodologiques actuellement privilégiées pour étudier scientifiquement ce type d'intervention.

Ce constat rejoint les réflexions proposées par Joyce et al. (2016) ainsi que par Sharp et al. (2018), qui soulignent eux aussi les difficultés inhérentes à l'évaluation des approches complémentaires au moyen des méthodologies conventionnelles. Les interventions individualisées, l'importance de la relation thérapeutique et l'impossibilité de standardiser complètement les traitements rendent plus complexe leur étude selon les modèles expérimentaux traditionnellement privilégiés en recherche biomédicale. Les constats formulés par Singla (2025) s'inscrivent également dans cette perspective en rappelant que certaines caractéristiques propres aux médecines complémentaires, notamment leur adaptation aux besoins spécifiques de chaque patient, se prêtent difficilement aux critères classiques d'évaluation scientifique, dont les études en double aveugle randomisées constituent l'étalon-or.

Nos observations suggèrent donc que la place accordée aux données probantes dans le jugement clinique des professionnels interrogés est plus nuancée qu'une simple opposition entre présence et absence de preuves scientifiques. Les travaux de Jarvis et al. (2015) précisent d'ailleurs que certains professionnels demeurent ouverts à recommander les approches complémentaires lorsqu'ils observent des bénéfices cliniques chez leurs patients, même quand des données probantes sont jugées limitées.

Au-delà de l'accès à des preuves scientifiques considérées comme robustes, l'encadrement professionnel apparaît également comme un repère important dans la confiance que les professionnels accordent ou non à une profession. Ainsi, une part significative des participants à l'étude accorde une grande importance à l'existence d'un ordre professionnel. Toutefois, leurs discours montrent que cette attente dépasse les simples considérations administratives. L'ordre est principalement perçu comme un mécanisme susceptible d'assurer la protection du public, de renforcer la crédibilité de la profession, mais surtout d'offrir aux autres professionnels davantage de confiance lorsqu'ils envisagent

de recommander un patient vers un ostéopathe, notamment en matière d'uniformité et de rigueur de la formation.

Nos résultats rejoignent ainsi largement ceux rapportés dans la littérature, qui considère l'encadrement réglementaire comme un facteur prépondérant de crédibilité et de confiance envers les professions issues des médecines complémentaires. Les travaux de Jarvis et al. (2015), de Maria et al. (2022), de Shuval et al. (2022) et Hollenberg (2006), ainsi que le rapport de Lai et al. (2024) convergent vers l'idée que la présence d'un cadre réglementaire clair et défini contribue à renforcer la reconnaissance professionnelle, à assurer la protection du public et à réduire l'incertitude des autres professionnels lorsqu'ils envisagent d'intégrer ces approches à leur pratique.

Les résultats de nos travaux suggèrent toutefois que les préoccupations des participants ne concernent pas uniquement l'existence d'un ordre professionnel en tant que mécanisme d'encadrement légal. Plusieurs l'abordent sous l'angle de l'uniformisation de la formation et de son corollaire, la standardisation des pratiques. Cependant, si le parcours académique est effectivement évoqué par plusieurs participants, les préoccupations exprimées ne concernent pas tant la qualité ou la rigueur de la formation ostéopathique elle-même. Leurs interrogations portent davantage sur la difficulté à comprendre les nombreux cursus de formation offerts par différentes écoles privées, leur hétérogénéité apparente ainsi que les exigences qui les encadrent.

À ce titre, Jarvis et al. (2015) rapportent que plusieurs médecins de leur étude expriment aussi des inquiétudes au sujet des exigences de formation et de certification des praticiens des médecines complémentaires, considérant qu'une meilleure connaissance de ces standards favoriserait leur confiance envers ces professionnels.

Ces éléments discursifs, autant ceux recueillis lors de notre étude que ceux recensés dans la littérature, apparaissent particulièrement en phase avec le contexte actuel de la formation ostéopathique au Québec. Bien que la profession connaisse une évolution importante au niveau universitaire, la coexistence de plusieurs parcours de formation et l'autonomie des établissements dans l'application des critères proposés par l'OMS (2019b) contribuent à une offre de formation diversifiée et parfois hétérogène. Cette réalité pourrait en partie

expliquer les difficultés exprimées par plusieurs participants à nommer les exigences et les repères encadrant la formation des ostéopathes.

Pris dans leur ensemble, les résultats suggèrent que les interrogations des participants portent moins sur les compétences des ostéopathes en tant que cliniciens que sur les garanties institutionnelles qui constituent un gage de la qualité. L'ordre professionnel et la formation apparaissent ainsi comme deux mécanismes complémentaires contribuant à rendre les compétences professionnelles plus visibles, plus homogènes et plus facilement identifiables par les autres professionnels de la santé. Dans cette perspective, la légitimité professionnelle de la discipline ostéopathique semble moins reposer sur l'existence symbolique ou réputationnelle d'un ordre ou d'une formation uniformisée que sur les garanties de compétence, de responsabilité et de protection du public qu'ils sont susceptibles d'offrir.

Au-delà des enjeux liés à la crédibilité de la profession, les discours recueillis mettent également de l'avant des préoccupations directement liées à la pratique clinique, notamment en ce qui concerne la sécurité des interventions ostéopathiques. Les craintes exprimées par certains participants concernent principalement la capacité diagnostique des ostéopathes, la maîtrise de certaines interventions ainsi que les mécanismes permettant d'assurer la qualité des pratiques. Ces résultats suggèrent que ces préoccupations ne sont pas indépendantes des thèmes abordés précédemment, mais bien qu'elles en découlent directement ou indirectement. Elles semblent en effet le reflet, dans un cadre clinique, du besoin des professionnels de pouvoir s'appuyer sur des institutions familières susceptibles de les rassurer quant à la qualité et à la sécurité de la pratique ostéopathique. D'autant plus, que ces professionnels demeurent responsables du patient qu'ils réfèrent. Ainsi, les données probantes, l'uniformisation de la formation des praticiens et l'encadrement professionnel apparaissent plutôt comme des repères complémentaires contribuant à renforcer cette confiance que comme des exigences sine qua non d'une plus grande intégration de l'ostéopathie aux trajectoires de soins.

Certains participants mettent également en évidence un obstacle d'une autre nature à une plus grande intégration des ostéopathes, soit le coût, pleinement assumé par les patients (ou en partie par les assurances privées), d'une prise en charge en ostéopathie. Les

considérations financières occupent ainsi une place non négligeable dans les perceptions formulées par les participants.

Ceux-ci considèrent le coût des traitements ostéopathiques comme un obstacle majeur à l'accès aux soins, particulièrement pour les personnes vivant avec une douleur chronique, qui doivent souvent consulter plusieurs professionnels de la santé. Plusieurs participants soulignent aussi que cette réalité influence leurs propres habitudes de référencement, certains choisissant de ne pas proposer l'ostéopathie lorsqu'ils estiment que les ressources financières de leurs patients sont limitées.

Cette préoccupation se révèle similaire aux observations rapportées dans la littérature, qui identifie les enjeux financiers comme étant un frein important à l'intégration des médecines complémentaires dans les parcours de soins. Les travaux de Hollenberg (2006) et Gaboury et al. (2009) soulignent que l'absence de mécanismes publics de financement limite non seulement l'accessibilité de ces approches pour les patients, mais influence également leur place au sein des systèmes de santé. Cette réalité est d'ailleurs reconnue par l'OMS (2025), qui considère l'amélioration de l'accès aux médecines traditionnelles, complémentaires et intégratives comme l'un des leviers importants de leur intégration aux systèmes de santé.

À la lumière de cette littérature, les données recueillies lors de notre étude peuvent être interprétées sous un angle complémentaire. Si les participants abordent principalement les enjeux financiers comme un obstacle à l'accessibilité des soins pour les patients, les travaux recensés invitent à considérer les effets de cette réalité économique sous l'angle d'une dynamique institutionnelle et politique déterminante. Dans une perspective québécoise, l'absence de couverture publique de l'ostéopathie pourrait contribuer, au-delà de ses répercussions sur l'accès aux soins, à maintenir cette profession en périphérie du système de santé et à freiner sa pleine reconnaissance auprès des autres professionnels.

En somme, les données suggèrent que les professionnels interrogés évaluent l'ostéopathie à travers un ensemble de garanties institutionnelles et contextuelles complémentaires. Les données probantes, l'encadrement professionnel, la formation, la sécurité clinique et, dans une moindre mesure, les conditions d'accès aux soins constituent autant de repères

mobilisés par les répondants afin de qualifier la confiance qu'ils peuvent accorder à cette profession ainsi que la place qu'elle pourrait occuper dans leur pratique.

La place de l'ostéopathie dans la trajectoire des soins en douleur chronique

Les discours colligés lors de cette étude nous permettent de poser un constat particulièrement intéressant. Bien que les professionnels interrogés expriment plusieurs réserves concernant les fondements de l'ostéopathie, son encadrement professionnel ou encore certaines modalités d'intervention, ces préoccupations ne semblent pas, pour la plupart d'entre eux, remettre en question la place qu'ils lui accordent dans la prise en charge de la douleur chronique. Au contraire, la majorité des participants reconnaissent que l'ostéopathie pourrait contribuer positivement au parcours de soins des personnes vivant avec de la douleur persistante. Certains souhaitent même une plus grande intégration de cette profession au sein des équipes interdisciplinaires afin de favoriser une prise en charge plus concertée, tandis que d'autres la perçoivent plutôt comme une approche complémentaire susceptible de bonifier les interventions déjà offertes. Ces observations rejoignent largement celles rapportées dans la littérature. Comme le suggèrent Jarvis et al. (2015) ainsi que Sharp et al. (2018) plusieurs des professionnels interrogés envisagent plus volontiers l'ostéopathie lorsqu'ils sont confrontés à des situations où les traitements conventionnels ont atteint leurs limites ou encore lorsque l'évolution clinique apparaît insatisfaisante.

Dans la même lignée, les demandes, les préférences et l'intérêt spontané des patients envers l'ostéopathie influencent aussi grandement les décisions de référencement. Ce constat appuie d'autres observations préalablement rapportées par Jarvis et al. (2015) Selon eux, la présence de cette demande ou d'un intérêt ouvertement affiché par les patients constitue souvent un moteur d'ouverture envers les médecines complémentaires de la part des professionnels de la santé.

Un contraste apparaît toutefois lorsqu'on compare l'ouverture observée chez les répondants à notre étude aux réelles habitudes de référencement à l'ostéopathie rapportées lors des entretiens. En effet, chez plusieurs d'entre eux, elles s'avèrent totalement absentes, tandis

que chez ceux qui y ont recours, elles s'inscrivent généralement dans des contextes cliniques précis où reposent sur la confiance accordée à un clinicien en particulier.

Notre étude met ainsi en évidence une tension inhérente à l'expérience concrète des participants. Alors que la majorité des professionnels interrogés reconnaissent la pertinence de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique et souhaitent une plus grande intégration de cette profession au sein des équipes interdisciplinaires, leurs pratiques de référencement demeurent paradoxalement plutôt limitées et circonscrites. Ce paradoxe fait échos aux travaux de Jarvis et al. (2015), d'Hollenberg (2006), ainsi qu'à la synthèse de Lai et al. (2024), qui montrent que les professions dont le statut réglementaire demeure incomplet tendent à rester en marge des trajectoires de soins, malgré l'intérêt qu'elles peuvent susciter auprès des professionnels de la santé. À la lumière de ces travaux, le contexte spécifique québécois actuel pourrait contribuer à expliquer le décalage observé entre l'ouverture exprimée par les professionnels interrogés envers l'ostéopathie et son intégration limitée et toujours périphérique aux pratiques de collaboration.

Nos résultats permettent toutefois d'apporter un ajout important à ces observations. Si la littérature explique principalement les décisions de référencement par le contexte clinique ou les préférences des patients, les données recueillies au cours de cette étude suggèrent que plusieurs professionnels préfèrent recommander un ostéopathe qu'ils connaissent plutôt que la profession elle-même. La connaissance personnelle du praticien, les expériences de collaboration antérieures ainsi que les retours positifs des patients apparaissent donc comme des repères déterminants dans leurs décisions de référencement.

En ce sens, le principal enjeu ne réside peut-être pas tant dans la reconnaissance de la pertinence clinique de l'ostéopathie que dans les conditions permettant de transformer cette ouverture en une collaboration clinique durable et institutionnalisée. Cette réflexion invite également à s'interroger sur les modalités d'une éventuelle intégration de l'ostéopathie au système de santé québécois, dans un contexte où son encadrement professionnel est appelé à se préciser prochainement. Si les résultats témoignent d'une ouverture significative envers cette profession, ils soulèvent également la question des conditions dans lesquelles cette intégration pourrait se réaliser, ainsi que des enjeux identitaires qu'elle pourrait susciter dans un système de santé historiquement structuré autour du modèle biomédical.

Regard sur les perceptions selon l'appartenance professionnelle

Avant d'approfondir l'interprétation de ces résultats, il importe de préciser que les professionnels de la santé rencontrés ne constituent pas un groupe homogène. Les participants proviennent de disciplines dont les rôles cliniques, les champs d'expertise, les contextes de pratique et les occasions de collaboration avec l'ostéopathie diffèrent considérablement. L'analyse transversale des résultats selon l'appartenance professionnelle met principalement en évidence des convergences entre les participants, auxquelles s'ajoutent certaines nuances ponctuelles. Si quelques différences apparaissent entre certains groupes professionnels, les données recueillies ne permettent toutefois ni d'en déterminer précisément l'origine ni d'expliquer de manière robuste les mécanismes qui les sous-tendent.

Cette prudence s'impose notamment en raison d'une granularité comparative limitée des données. Malgré une diversité appréciable des catégories professionnelles, le nombre de participants issus de chaque discipline demeure relativement faible. De plus, le guide d'entretien n'a pas été conçu dans l'objectif de comparer systématiquement les disciplines entre elles, mais bien de traiter l'échantillon, si diversifié soit-il, comme issu d'une seule et même population : les professionnels de la santé du Québec. De plus, le niveau d'expérience de la chercheuse dans la conduite des entretiens a pu limiter certaines relances ciblées lorsqu'une nuance professionnelle émergeait au cours de l'échange. Certaines divergences ont ainsi pu demeurer peu explicites ou insuffisamment documentées. L'absence de différences marquées entre certains groupes ne saurait donc être interprétée comme une absence de particularités propres aux différentes catégories professionnelles.

Au-delà de ces nuances, l'analyse du corpus met surtout en évidence plusieurs convergences entre les professions représentées. La connaissance de l'ostéopathie demeure généralement partielle, et la faible exposition à cette approche durant la formation initiale ou dans les milieux de pratique constitue un constat largement partagé. De même, les préoccupations relatives aux données probantes, à l'encadrement professionnel, à l'accessibilité financière et à la sécurité clinique apparaissent dans le discours de

participants issus de plusieurs disciplines, sans qu'elles puissent être attribuées à un groupe professionnel, à un cadre clinique ou à un contexte de pratique en particulier.

Enfin, malgré ces réserves, l'ouverture à une place complémentaire de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique et à une meilleure collaboration interprofessionnelle est également partagée au sein de plusieurs professions représentées dans l'échantillon. Ces convergences suggèrent que certains enjeux entourant la connaissance, la légitimité et l'intégration de l'ostéopathie dépassent les frontières disciplinaires et relèvent davantage d'un contexte professionnel et institutionnel partagé.

Plusieurs pistes peuvent néanmoins être envisagées pour comprendre les écarts observés. Ceux-ci pourraient notamment être liés aux cadres de formation académique, aux exigences professionnelles de référence, au milieu de pratique, au degré d'exposition à l'ostéopathie ou encore aux expériences antérieures de collaboration. Sharp et al. (2018) soulignent notamment l'existence de différences de cadres conceptuels entre la biomédecine et les médecines complémentaires, ces dernières étant davantage associées à une approche globale et collaborative, alors que le modèle biomédical est davantage centré sur la pathologie. Selon les auteurs, ces différences peuvent nuire à la compréhension mutuelle entre les professionnels et compliquer les relations collaboratives.

Les conditions institutionnelles et les possibilités de collaboration peuvent également influencer la manière dont ces approches sont perçues. Hollenberg (2006) ainsi que Gaboury et al. montrent notamment que les réalités organisationnelles, financières et institutionnelles peuvent contribuer à maintenir les médecines complémentaires en marge du système de santé conventionnel et limiter les occasions de collaboration interprofessionnelle. Ainsi, les différences observées dans la présente étude pourraient se construire à l'intersection de plusieurs dimensions plutôt qu'être attribuables à la seule appartenance professionnelle.

La variabilité observée dans la capacité à définir l'ostéopathie pourrait aussi être liée au degré de contact avec des problématiques et des parcours de soins proches de ceux rencontrés en ostéopathie. Les physiothérapeutes et l'ergothérapeute semblent disposer de

repères plus nombreux pour situer la profession. Cette différence pourrait s'expliquer, au moins en partie, par le fait que leurs champs d'intervention recoupent davantage certaines problématiques fréquemment rencontrées en ostéopathie, notamment les troubles musculosquelettiques. Ils peuvent ainsi être plus susceptibles de croiser l'ostéopathie dans les trajectoires de soins de leurs patients ou dans leurs milieux de pratique. Cette exposition plus directe pourrait contribuer à une représentation plus détaillée de la profession. La présente étude ne permet toutefois pas de déterminer si cette différence tient principalement à la formation disciplinaire, au contexte de pratique ou au degré d'exposition antérieure à l'ostéopathie.

Un autre rapprochement peut être envisagé entre le niveau de connaissance de l'ostéopathie et les pratiques de référence. Chez les médecins et les psychologues interrogés, qui comptent parmi les participants exprimant le plus explicitement une difficulté à définir l'ostéopathie ou à en circonscrire le champ de pratique, l'orientation vers cette approche est également faible ou absente. Cette concordance pourrait suggérer qu'une connaissance limitée de la profession réduit la capacité à reconnaître les situations cliniques dans lesquelles la référence pourrait être pertinente ou envisagée. Par ailleurs, Paubert et al. (2024) ainsi que Youn et al. (2023) mettent en évidence le rôle du manque d'information et de connaissances dans la compréhension et l'intégration des médecines complémentaires par les professionnels de la santé.

Cette association doit toutefois être interprétée avec prudence, puisque les données recueillies ne permettent pas de déterminer si la méconnaissance précède la rareté de la référence ou si, à l'inverse, le manque d'occasions de collaboration contribue au maintien d'une connaissance limitée de l'ostéopathie.

Les convergences observées au cours de l'étude demeurent néanmoins pertinentes, puisqu'elles montrent que plusieurs enjeux associés à la connaissance, à la crédibilité, à l'encadrement et à l'intégration de l'ostéopathie traversent différents contextes professionnels. Les divergences relevées constituent quant à elles des pistes qui gagneraient à être approfondies dans des recherches spécifiquement conçues pour comparer les perceptions et les pratiques entre groupes professionnels.

FORCES ET LIMITES

Certaines limites méthodologiques et certains biais potentiels doivent être pris en considération dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, deux participantes étaient des membres de la famille de la chercheure, alors que quatre participants provenaient du réseau personnel et professionnel de l'étudiante. Ainsi, plusieurs répondants possédaient déjà une certaine connaissance de l'ostéopathie ou entretenaient, à divers degrés, des liens professionnels avec cette pratique, ce qui a pu influencer leur ouverture et leurs perceptions à son égard. Il convient donc de reconnaître la présence possible d'un biais de sélection. En outre, certains participants entretenaient des liens plus ou moins directs avec la pratique clinique de la chercheure. Bien que les mesures nécessaires aient été prises afin de favoriser un climat d'échange ouvert et respectueux, la présence d'un biais de désirabilité sociale ne peut être entièrement exclu. Certains répondants ont donc pu être portés à exprimer des opinions perçues comme plus favorables ou socialement souhaitables dans le contexte de la recherche.

Par ailleurs, la participation à l'étude reposait sur une démarche volontaire. Il est ainsi plausible que les professionnels ayant accepté de participer aient manifesté un intérêt particulier pour le sujet ou une plus grande sensibilité envers les approches complémentaires et intégratives en santé. Cette caractéristique est susceptible d'avoir influencé la nature des discours recueillis et de contribuer à une représentation plus favorable de l'ostéopathie que celle qui pourrait être observée au sein de l'ensemble des professionnels de la santé.

Le recrutement des participants devait également composer avec certaines contraintes. Les moyens de diffusion utilisés ainsi que la disponibilité limitée des professionnels de la santé ont pu restreindre la portée du recrutement et limiter la diversité des participants rejoints. Bien que plusieurs stratégies aient été déployées afin de rejoindre des professionnels issus de différents milieux de pratique, il demeure possible que certains points de vue, notamment ceux de professionnels moins sensibilisés à l'ostéopathie ou moins enclins à participer à ce type de recherche, n'aient pas été représentés.

Cette possibilité est d'ailleurs renforcée par le fait que l'échantillon ne comportait aucun participant exprimant une opposition marquée ou systématique à l'ostéopathie. Bien que les participants aient formulé plusieurs réserves, préoccupations ou critiques, parfois de manière explicite, aucun ne s'est présenté comme un opposant résolu à cette approche. Ce constat contraste avec la polarisation observée dans certains débats publics et professionnels entourant l'ostéopathie. Cette absence de points de vue fortement défavorables peut s'expliquer en partie par les modalités de recrutement et par le caractère volontaire de la participation. Il n'est donc pas exclu qu'elle ait limité la diversité des perspectives recueillies et réduit la représentation de certains discours critiques présents au sein de la communauté médicale et scientifique. Les résultats doivent ainsi être interprétés en tenant compte du fait que les perceptions recueillies reflètent principalement les points de vue de professionnels faisant preuve d'une ouverture minimale à la discussion concernant l'intégration de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins.

L'échantillon présentait également un important déséquilibre quant au genre des participants, puisque seulement deux hommes ont pris part à l'étude. Bien que cette répartition soit relativement cohérente avec la réalité sociodémographique de plusieurs professions du réseau de la santé québécois, il demeure possible que cette surreprésentation des femmes ait influencé les résultats obtenus. En effet, certaines études ont montré que les femmes sont généralement plus nombreuses à recourir aux approches complémentaires et alternatives en santé et tendent à manifester une plus grande ouverture à leur égard que les hommes (Bishop et Lewith, 2010). Cette caractéristique de l'échantillon pourrait donc avoir contribué à une perception plus favorable de l'intégration de l'ostéopathie au sein des trajectoires de soins, limitant ainsi la représentativité de certains points de vue professionnels.

De plus, certaines professions n'étaient représentées que par un seul participant, limitant la possibilité de distinguer les perceptions propres à certaines disciplines au détriment des perceptions individuelles du participant. Enfin, la majorité des participants exerçaient dans les régions de Lanaudière et de Montréal, ce qui pourrait refléter certaines réalités organisationnelles ou professionnelles propres à ces contextes et limiter la transférabilité des résultats à d'autres régions du Québec.

Bien que les entretiens aient permis de recueillir des données riches et pertinentes au regard des objectifs de recherche, leur durée relativement courte (15 à 25 minutes) pourrait avoir limité l'exploration de certaines dimensions du phénomène étudié. Ce choix était toutefois volontaire et visait à favoriser la participation de professionnels de la santé dont les horaires de travail sont souvent chargés, en proposant un format compatible avec leurs contraintes cliniques. Des entretiens plus longs ou la réalisation de rencontres de suivi auraient néanmoins pu permettre d'approfondir davantage certains thèmes ou de faire émerger des nuances supplémentaires.

Par ailleurs, bien que le guide d'entretien ait fait l'objet d'un pré-test et qu'il ait permis de répondre aux objectifs de la recherche, un regard rétrospectif sur la démarche amène à considérer que certaines questions auraient pu être formulées différemment ou approfondies. Avec le recul, le guide aurait notamment pu comporter davantage de questions visant à explorer les spécificités de la douleur chronique. Bien que celle-ci ait constitué le contexte de cette recherche, elle a davantage servi de cadre de réflexion à partir duquel les participants ont exprimé leurs perceptions de l'ostéopathie que d'objet d'exploration permettant de distinguer les nuances liées aux différents diagnostics, aux parcours de soins ou aux interactions entre les professionnels de la santé et les patients. Des questions ou des relances plus ciblées sur ces dimensions auraient probablement permis de recueillir des données plus riches, d'approfondir certains mécanismes sous-jacents aux perceptions exprimées et de mieux comprendre les conditions dans lesquelles celles-ci se construisent, se transforment ou se traduisent en pratiques de collaboration et de référencement. Cette réflexion constitue un apprentissage important issu de cette première expérience en recherche qualitative.

Enfin, cette recherche constituait une première expérience de la chercheure dans la réalisation d'une étude qualitative interprétative. Bien que cette situation ait représenté un défi méthodologique, elle a également favorisé le développement d'une posture réflexive tout au long du processus de recherche. Une attention particulière a été portée à la remise en question des interprétations, aux retours fréquents au corpus ainsi qu'à la recherche constante d'une compréhension fidèle et nuancée des propos des participants. Afin d'assurer la rigueur de la démarche, plusieurs mécanismes ont également été mis en œuvre,

notamment le recours à un guide d'entretien prétesté, une analyse thématique rigoureuse, une triangulation analytique ainsi qu'une réflexion continue sur l'influence potentielle de la chercheure dans la production et l'interprétation des données. Ces différentes stratégies contribuent à renforcer la crédibilité et la qualité des résultats présentés.

Finalement, la posture de l'étudiante représente également une limite potentielle à considérer. Étant elle-même étudiante en ostéopathie au moment de la réalisation de cette recherche, elle entretenait un intérêt particulier pour le sujet ainsi qu'une proximité assumée avec l'objet d'étude. Cette position a pu faciliter la compréhension du contexte professionnel, du vocabulaire utilisé par les participants et des enjeux entourant l'intégration de l'ostéopathie au sein du système de santé. Toutefois, elle comportait aussi le risque que certaines expériences personnelles, connaissances préalables ou attentes implicites influencent l'interprétation des données.

Consciente de cette possibilité, l'étudiante a adopté une posture réflexive tout au long du processus de recherche. Une attention particulière a été portée à la remise en question des interprétations initiales, aux retours fréquents au corpus ainsi qu'à la prise en considération de l'ensemble des points de vue exprimés, y compris ceux qui divergeaient de ses propres représentations. Cette démarche visait à favoriser une analyse rigoureuse, nuancée et fidèle aux données recueillies.

Ensuite, comme toute recherche qualitative interprétative, cette étude ne vise pas une généralisation statistique des résultats, mais une compréhension approfondie d'un phénomène dans un contexte donné. Les conclusions proposées doivent donc être interprétées à la lumière du contexte dans lequel elles ont été produites, leur transférabilité reposant sur la capacité du lecteur à juger de leur pertinence dans d'autres contextes professionnels comparables.

Enfin, les perceptions recueillies reflètent un moment précis de l'évolution de l'ostéopathie au Québec. Au moment de la collecte des données, la profession demeurait non réglementée et sa formation était principalement assurée par des établissements privés. Dans un contexte marqué par l'annonce de transformations importantes, notamment le développement de formations universitaires menant à un diplôme en ostéopathie et les

démarches entourant son encadrement professionnel, il est possible que les perceptions des professionnels de la santé évoluent au cours des prochaines années.

Les résultats de cette étude doivent donc être interprétés en tenant compte de ce contexte particulier. L'ensemble de ces limites doit être pris en considération lors de l'interprétation des conclusions de l'étude ainsi que dans l'évaluation de leur transférabilité à d'autres contextes ou populations professionnelles.

APPORT DE L'ÉTUDE

Au-delà des constats déjà rapportés dans la littérature, cette étude apporte plusieurs contributions. D'abord, elle propose un portrait détaillé des perceptions des professionnels de la santé québécois dans un contexte encore peu documenté. Alors que la majorité des travaux recensés proviennent d'autres contextes nationaux ou abordent les médecines complémentaires de manière globale, les résultats permettent de mieux comprendre les représentations, les attentes et les préoccupations propres au contexte québécois. D'autant plus que l'annonce récente de l'intégration de la discipline ostéopathique au système professionnel du Québec constitue un moment charnière de son évolution.

Les résultats permettent également de dépasser le simple constat d'une méconnaissance de l'ostéopathie. Plutôt que de constituer un phénomène homogène, cette méconnaissance apparaît s'inscrire sur un continuum allant d'une incapacité à définir la profession jusqu'à une compréhension partielle ou réductrice de certains de ses fondements conceptuels et cliniques. Cette étude met aussi en lumière plusieurs facteurs susceptibles de contribuer à cette compréhension incomplète. Ainsi, la faible exposition à l'ostéopathie durant la formation initiale et la pratique clinique et l'absence de repères conceptuels et linguistiques communs représentent autant de facteurs façonnant les représentations de l'ostéopathie exprimées par les participants. Les résultats suggèrent ainsi que les perceptions des professionnels interrogés semblent davantage se construire à partir de référents personnels que d'expériences interprofessionnelles structurées. En ce sens, la présente étude ne se limite pas à documenter les perceptions des professionnels de la santé; elle contribue également à mieux comprendre les mécanismes par lesquels celles-ci se construisent et évoluent.

L'un des constats les plus marquants de cette recherche réside dans la tension qui traverse l'ensemble des résultats. D'une part, plusieurs professionnels rapportent des expériences personnelles positives, reconnaissent la pertinence potentielle de l'ostéopathie et souhaitent une plus grande collaboration entre cette profession et les autres acteurs du système de santé. D'autre part, cette ouverture se traduit rarement par des pratiques de référencement régulières ou par une intégration concrète de l'ostéopathie dans leurs décisions cliniques.

Les résultats invitent ainsi à déplacer le regard porté sur les difficultés d'intégration de cette profession. Ils laissent à penser que l'enjeu ne réside pas principalement dans un rejet de l'ostéopathie, mais plutôt dans la difficulté à transformer une ouverture généralement favorable en une confiance en la discipline ostéopathique suffisamment structurée pour soutenir des pratiques de collaboration durables. Cette confiance, ou plutôt les lacunes de celle-ci, semble reposer sur des repères conceptuels, cliniques et institutionnels partagés permettant aux professionnels de situer clairement la contribution de l'ostéopathie au sein des trajectoires de soins. Ainsi, l'apport de cette étude réside non seulement dans la description des perceptions exprimées par les participants, mais également dans la proposition d'un cadre interprétatif permettant de comprendre comment le spectre de la méconnaissance, les facteurs qui le façonnent et la tension entre expérience personnelle et posture professionnelle contribuent à expliquer le décalage observé entre une ouverture généralement favorable envers l'ostéopathie et son intégration encore très limitée aux pratiques collaboratives.

CONCLUSION

Cette étude visait à explorer les perceptions des professionnels de la santé québécois à l'égard de la place et de la pertinence de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. L'analyse des entretiens et leur mise en perspective avec les écrits recensés permettent de dégager trois grands constats.

Le premier concerne les connaissances et les représentations de l'ostéopathie. Les résultats révèlent que les professionnels interrogés possèdent une compréhension très variable de cette profession, allant d'une incapacité à la définir jusqu'à une représentation plus élaborée, mais souvent partielle. L'ostéopathie est principalement associée aux thérapies manuelles, à une approche globale de la personne et à la prise en charge des troubles musculosquelettiques. En revanche, plusieurs dimensions fondamentales de la profession, telles que son raisonnement clinique, ses fondements conceptuels ou certaines approches comme le viscéral, demeurent peu comprises ou difficiles à situer dans le cadre de référence des professionnels. L'interprétation des données recueillies a également permis de mettre en évidence différents facteurs susceptibles d'influencer cette compréhension, notamment la faible exposition à l'ostéopathie durant la formation et la pratique clinique, les différences de cadres conceptuels et de langage entre les professions ainsi que le rôle des expériences personnelles dans la construction des perceptions.

L'hétérogénéité des représentations observée dans cette étude invite également à approfondir la manière dont celles-ci peuvent varier selon les appartenances professionnelles ou les contextes d'exercice. Des recherches futures portant sur des groupes professionnels plus homogènes permettraient d'explorer plus finement ces variations et les facteurs qui les sous-tendent.

Le deuxième constat porte sur les conditions influençant la crédibilité perçue de l'ostéopathie par les professionnels de la santé. Ainsi, lorsqu'ils évaluent cette profession, les participants accordent une importance particulière aux données probantes, à l'encadrement professionnel, à la qualité de la formation et aux enjeux de sécurité clinique. Les considérations financières et institutionnelles apparaissent également comme des éléments susceptibles d'influencer la place accordée à l'ostéopathie dans les trajectoires de

soins. Cependant, l'analyse intertextuelle du corpus nous suggère que la logique sous-jacente à ces différents éléments ne se déploie véritablement que dans leur interrelation, en ce qu'ils constituent un ensemble de repères permettant aux professionnels d'évaluer la fiabilité, la légitimité et la pertinence clinique de cette discipline.

Dans un contexte marqué par d'importantes transformations de la profession, il sera particulièrement pertinent d'examiner, au cours des prochaines années, dans quelle mesure l'encadrement professionnel et le développement de la formation universitaire modifieront les repères mobilisés par les professionnels de la santé pour évaluer la crédibilité et la légitimité de l'ostéopathie, ainsi que les pratiques de collaboration qui en découlent.

Enfin, le troisième constat concerne la place de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins en douleur chronique. Malgré les réserves exprimées, la majorité des professionnels reconnaissent que l'ostéopathie peut représenter une approche pertinente, particulièrement en complément des traitements conventionnels et dans un contexte de collaboration interprofessionnelle. Toutefois, cette ouverture se traduit peu par des pratiques de référencement régulières. Les collaborations rapportées demeurent généralement conditionnelles à certains contextes spécifiques, à des expériences antérieures ou encore à la connaissance personnelle d'un ostéopathe. Le contraste entre une attitude généralement favorable envers l'ostéopathie et les habitudes de référencement clinique limité de cette profession apparaît comme un des éléments phares de l'étude. Somme toute, les résultats montrent que ces perceptions sont loin d'être univoques. Si les participants reconnaissent généralement que l'ostéopathie peut contribuer positivement au parcours de soins des personnes vivant avec de la douleur chronique, cette ouverture demeure accompagnée de nombreuses réserves concernant la compréhension de ses fondements, sa légitimité professionnelle ainsi que les conditions permettant son intégration aux pratiques collaboratives.

Ces résultats comportent plusieurs implications pour la pratique clinique et le développement de la profession. Ils suggèrent que les stratégies visant à favoriser l'intégration de l'ostéopathie ne devraient pas uniquement miser sur l'accumulation de données probantes, bien que celles-ci demeurent essentielles. Elles gagneraient également à favoriser une plus grande exposition des professionnels de la santé à l'ostéopathie dès leur

formation initiale, à multiplier les occasions de collaboration clinique, à développer un langage commun facilitant les échanges interprofessionnels et à rendre plus visibles les standards de formation, les compétences et les mécanismes d'encadrement de la profession. Dans cette perspective, la collaboration interprofessionnelle apparaît moins comme la conséquence naturelle d'une meilleure connaissance de l'ostéopathie que comme le résultat d'un processus de construction de repères communs entre les différentes professions.

Au-delà des implications qu'ils comportent pour la pratique clinique, ces résultats ouvrent également de nouveaux champs de recherche : il serait intéressant d'approfondir le rôle que jouent les interactions entre les professionnels de la santé et les patients dans la construction des perceptions à l'égard de l'ostéopathie, afin de mieux comprendre si les parcours de soins, les diagnostics ou les problèmes à l'origine des manifestations de douleur chronique influencent les perceptions des professionnels à l'égard de l'ostéopathie ainsi que leurs pratiques de référencement

Ces résultats prennent une résonance particulière dans le contexte québécois actuel, marqué par un processus d'institutionnalisation de l'ostéopathie actuellement en cours. Réalisée dans un contexte marqué par d'importantes transformations de la profession, l'étude constitue un point de repère à partir duquel il sera possible d'examiner, au cours des prochaines années, comment l'encadrement professionnel et le développement de la formation universitaire influenceront les perceptions des professionnels de la santé, les pratiques de collaboration interprofessionnelle ainsi que la place de l'ostéopathie dans les trajectoires de soins.

Ces transformations constituent des leviers importants pour renforcer la reconnaissance de la profession, cette étude suggère qu'elles devront s'accompagner d'efforts soutenus visant à favoriser le dialogue entre les disciplines, à construire des référents conceptuels communs et à soutenir le développement d'une véritable culture de collaboration. Dans un contexte où la douleur chronique exige des approches interdisciplinaires de plus en plus intégrées, une meilleure compréhension mutuelle entre les ostéopathes et les autres professionnels de la santé pourrait contribuer à enrichir les trajectoires de soins offertes aux personnes vivant avec cette condition complexe. Plus largement, cette étude incite à considérer que l'intégration de l'ostéopathie ne dépend pas uniquement de son efficacité clinique ou de

son encadrement réglementaire, mais également de la manière dont les perceptions à son égard se construisent, se transforment et se traduisent en pratiques de collaboration concrètes. En éclairant ces mécanismes, l'étude offre des pistes de réflexion susceptibles d'accompagner l'évolution de la profession et de soutenir le développement de collaborations interprofessionnelles plus étroites dans le système de santé québécois.

BIBLIOGRAPHIE

Aveni, É., Bauer, B., Ramelet, A.-S., Decosterd, I., Ballabeni, P., Bonvin, E., & Rodondi, P.-Y. (2017). Healthcare professionals' sources of knowledge of complementary medicine in an academic center. *PLoS ONE, 12*(9), e0184979. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184979

Becker, W. C., Dorflinger, L., Edmond, S. N., Islam, L., Heapy, A. A., & Fraenkel, L. (2017). Barriers and facilitators to use of nonpharmacological treatments in chronic pain. *BMC Family Practice, 18*, 41. https://doi.org/10.1186/s12875-017-0608-2

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative *Research in Psychology, 3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Choinière, M., Peng, P., Gilron, I., Buckley, N., Williamson, O., Janelle-Montcalm, A., Baerg, K., Boulanger, A., Di Renna, T., Finley, G. A., Intrater, H., Lau, B., & Pereira, J. (2020). Accessing care in multidisciplinary pain treatment facilities continues to be a challenge in Canada. *Regional Anesthesia & Pain Medicine, 45*(12), 943–948. https://doi.org/10.1136/rapm-2020-101935

Chung, V. C. H., Ma, P. H. X., Hong, L. C., & Griffiths, S. M. (2012). Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: Systematic review of qualitative studies. *PLoS ONE, 7*(11), e50022. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050022

Code des professions, RLRQ, c. C-26 (2025).

Conde-Vázquez, O., García-Cancela, J., Navarro-Ledesma, S., & Pruimboom, L. (2026). The effectiveness of manual therapy in people with chronic non-specific low back pain: An umbrella review with meta-analysis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 69*, 102049. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2025.102049

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). SAGE Publications.

D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care, 19*(Suppl. 1), 8–20. https://doi.org/10.1080/13561820500081604

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Farré, A., & Rapley, T. (2017). The new old (and old new) medical model: Four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(12), 1575. https://doi.org/10.3390/ijerph14121575

Fiore, J., & Bouaissier, M. (2020). The philosophy of emergence and complexity in the service of osteopathy: In search of an epistemology of osteopathy in dialogue with contemporary philosophy. *EPJ Web of Conferences, 244*, Article 01017. https://doi.org/10.1051/epjconf/202024401017

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd.). Chenelière Éducation.

Franzetti, M., Dries, E., Stevens, B., Berkowitz, L., & Yao, S. C. (2021). Support for the inclusion of osteopathic manipulative treatment in chronic pain management guidelines: A narrative review. *Journal of Osteopathic Medicine, 121*(3), 307–317. https://doi.org/10.1515/jom-2019-0284

Gaboury, I., Bujold, M., Boon, H., & Moher, D. (2009). Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science & Medicine, 69*(5), 707–715. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.048

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581–624. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581

Gray, B., & Orrock, P. (2014). Investigation into factors influencing roles, relationships, and referrals in integrative medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 20*(5), 342–346. https://doi.org/10.1089/acm.2013.0167

Groupe de travail canadien sur la douleur. (2019). *La douleur chronique au Canada : Jeter les bases d'un programme d'action.* Gouvernement du Canada.

Groupe de travail canadien sur la douleur. (2021). *Un plan d'action pour la douleur au Canada.*Santé Canada.

Hollenberg, D. (2006). Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine, 62*(3), 731–744. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.030

International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP announces revised definition of pain*. https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain

Jarvis, A., Perry, R., Smith, D., Terry, R., & Peters, S. (2015). General practitioners' beliefs about the clinical utility of complementary and alternative medicine. *Primary Health Care Research & Development, 16*(3), 246–253. https://doi.org/10.1017/S146342361400022X

Joyce, P., Wardle, J., & Zaslawski, C. (2016). Medical student attitudes towards complementary and alternative medicine (CAM) in medical education: A critical review. *Journal of Complementary and Integrative Medicine, 13*(4), 333–345. https://doi.org/10.1515/jcim-2014-0053

L'Hermite, P.-L. (2020). *Introduction à la science ostéopathique : approche épistémologique*. Ellipses.

Lai, H., Audette-Chapdelaine, S., Hébert Brassard, V., Léger, C., Barbat-Artigas, S., & Marcantoni, W. (2024). *Les facilitateurs et barrières à l'intégration des approches complémentaires au sein des équipes multidisciplinaires conventionnelles : rapport d'ETMIS-SS*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UÉTMIS-SS).

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2 (2025).

Mak, J. C. S., Mak, L. Y. H., Shen, Q., & Faux, S. (2009). Perceptions and attitudes of rehabilitation medicine physicians on complementary and alternative medicine in Australia. *Internal Medicine Journal, 39*(3), 164–169. https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2008.01734.x

Maria, B., Gomes, S., & Goes, A. R. (2025). Integration of osteopathy in the Portuguese National Health Service: Perceptions and expectations of citizens and health professionals. *International Journal of Osteopathic Medicine, 55*, Article 100744. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2024.100744

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.

Miller, J.-M., Janelle, C., Paoli, P., Tremblay, R., & Rouly, G. (s. d.). *L'équipe interdisciplinaire et le rôle du patient partenaire*. Faculté de médecine, Université de Montréal.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Continuum de soins et de services en douleur chronique : orientations et lignes directrices 2021–2026*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003204/

Morin, C. (2017). *Collaboration interprofessionnelle entre médecins et ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec* [Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS.

National Center for Complementary and Integrative Health. (2021). *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?*https://www.nccih.nih.gov

National Center for Complementary and Integrative Health. (2021). *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* U.S. Department of Health and Human Services. https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s (NG193).* NICE.

Ng, J. Y., Kochhar, J., & Cramer, H. (2024). Oncology researchers' and clinicians' perceptions of complementary, alternative, and integrative medicine: An international, cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer, 32*, Article 615. https://doi.org/10.1007/s00520-024-08785-9

Ng, J. Y., Vacca, A., & Jain, T. (2021). The quality of online consumer health information at the intersection of complementary and alternative medicine and arthritis. *Advances in Rheumatology, 61*(1). https://doi.org/10.1186/s42358-021-00162-y

Office des professions du Québec. (2022). *Avis sur l'opportunité de constituer un ordre professionnel des ostéopathes. Gouvernement du Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2022-23_011_Avis-osteopathes-07-06-2022.pdf

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2026, 26 mars). *Annonce du gouvernement du Québec : Début des travaux d'encadrement des ostéopathes*. https://oppq.qc.ca/membres/actualites-et-dossiers/annonce-travaux-encadrement-osteopathes/

Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Benchmarks for training in osteopathy*.

Organisation mondiale de la Santé. (2019a). *Classification internationale des maladies* (CIM-11). https://icd.who.int

Organisation mondiale de la Santé. (2019b). *L'OMS inclut la douleur chronique dans la CIM-11.*

Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Projet de stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle 2025–2034.*

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.

Paubert, A., Arcamone, A., & Wagner-Baillergeau, A. (2024). Évaluation des perspectives d'intégration de l'ostéopathie en service hospitalier : étude qualitative auprès des soignants du service de soins palliatifs de l'hôpital Delafontaine. *La Revue de l'Ostéopathie, 30*, 13–24.

Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : Considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173–209). Gaëtan Morin.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain, 161*(9), 1976–1982. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939

Roth, I., Highfield, L., Cuccaro, P., Wells, R., Misra, S., & Engebretson, J. (2019). Employing evidence in evaluating complementary therapies: Findings from an ethnography of integrative pain management at a large urban pediatric hospital. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 25*(S1), S95–S105. https://doi.org/10.1089/acm.2018.0369

Sharp, D., Lorenc, A., Feder, G., Little, P., Hollinghurst, S., Mercer, S., & MacPherson, H. (2018). 'Trying to put a square peg into a round hole': A qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 18*, Article 290. https://doi.org/10.1186/s12906-018-2349-8

Shorofi, S. A., & Arbon, P. (2017). Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: Knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 27*, 37–45. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.03.001

Shuval, J. T., Mizrachi, N., & Smetannikov, E. (2002). Entering the well-guarded fortress: Alternative practitioners in hospital settings. *Social Science & Medicine, 55*(10), 1745–1755. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00305-7

Singla, A. (2025). *Présentation de la médecine intégrée et des médecines alternatives et complémentaires. Manuels Merck version pour le grand public*. Consulté le 22 juin 2026 sur https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/sujets-particuliers/m%C3%A9decine-int%C3%A9gr%C3%A9e-et-m%C3%A9decines-alternatives-et-compl%C3%A9mentaires/pr%C3%A9sentation-de-la-m%C3%A9decine-int%C3%A9gr%C3%A9e-et-m%C3%A9decines-alternatives-et-compl%C3%A9mentaires

Thomson, O. P., Petty, N. J., & Moore, A. P. (2014). A qualitative grounded theory study of the conceptions of clinical practice in osteopathy: A continuum from technical rationality to professional artistry. *Manual Therapy, 19*(1), 37–43. https://doi.org/10.1016/j.math.2013.06.005

Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet, 377*(9784), 2226–2235. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60402-9

Université du Québec à Montréal. (2026, 30 mars). *L'ostéopathie bientôt reconnue par l'Office des professions du Québec.* Actualités UQAM. https://actualites.uqam.ca/2026/encadrement-professionnel-osteopathie/

Wiese, M., Oster, C., & Pincombe, J. (2010). Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care. *Health, 14*(3), 326–342.

Youn, B.-Y., Cha, J.-W., Cho, S., Jeong, S.-M., Kim, H.-J., & Ko, S.-G. (2023). Perception, attitudes, knowledge of using complementary and alternative medicine for cancer patients among healthcare professionals: A mixed-methods systematic review. *Cancer Medicine, 12*(18), 19149–19162. https://doi.org/10.1002/cam4.6499

ANNEXE 1

Document permettant l'analyse des forces et des faiblesses du corpus

Auteur	Titre	Publication	Type d'étude	Population/corpus	Méthodologie collecte de donnée (formulaire, entrevues etc.)	Méthodologie (analyse de donnée)	Limites (échantillons limité, potentiel biais, catégorie hétérogène cam, peu d'étude au québec, méthodologie, *peer review*)	Force du texte: méthodologie systématique, étude qui parle spécifiquement d'ostéo, *peer review*, etc.	Année	Pays
Audette-Chapedelaine, L & al.	**Les facilitateurs et barrières à l'intégration des approches complémentaires au sein des équipes multidisciplinaires conventionnelles. Rapport d'ETMIS-SS**	**CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île de-Montréal**	**Rapport institutionnel/Plan d'action**	**10 revues systématiques publiées entre 2010 et 2023**	**Revue de littérature**	**• Synthèse narrative des données probantes • extraction standardisée • évaluation de la qualité des revues avec AMSTAR 2**	**• Revue rapide plutôt que revue systématique • Hétérogénéité des approches complémentaires étudiées (CAM) • Peu d'études spécifiques au contexte québécois • Divesité méthodologique des études sélectionnées**	**• Méthodologie ETMIS•SS rigoureuse et transparente • Évaluation critique de la qualité des études (AMSTAR 2) • Processus de sélection conforme aux lignes directrices PRISMA • Corpus important (10 revues systématiques regroupant 180 études)**	**2024**	**Canada**
Aveni, É & al.	**Healthcare professionals' sources of knowledge of complementary medicine in an academic center.**	**PLoS ONE**	**Étude transversale analytique**	**1 247 professionnels de la santé d'un centre hospitalier universitaire suisse, comprenant 879 infirmières, 257 médecins, 68 physiothérapeutes et 34 sages-femmes**	**Questionnaire auto-administré en ligne**	**• Questionnaire développé spécifiquement pour l'étude • Analyse quantitative statistique • Questionnaire pré-testé**	**• Potentiel biais de sélection • Potentiel biais de réponse (Auto-déclaration) • Réduction des données**	**• Pertinence directe de l'objet • Taille d'échantillon importante • Méthodologie rigoureuse • Analyse statistique adaptée**	**2017**	**Suisse**
Becker, William C. & al.	**Barriers and facilitators to use of nonpharmacological treatments in chronic pain**	**BMC Family Practice**	**Étude qualitative exploratoire**	**26 patients (14 femmes, 12 hommes) 26 professionnels de la santé (19 femmes, 7 hommes)**	**• Entretiens semi-dirigés**	**• Analyse linguistique et classement par pointage**	**• Faible potentiel de généralisation des réultats •Subjectivité élevé • Risque de Potentiel biais de désirabilité social des répondants**	**• Publication crédible (peer review) • fort lien de pertinence avec le sujet à l'étude (perception des prof. De la santé)**	**2017**	**États-Unis**

Campbell, F. & al.	**La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action**	**Santé Canada**	**Rapport institutionnel/Plan d'action**	**S/O**	**•Revue de littérature • Consultations**	**• synthèse narrative • analyse descriptive à visée décisionelle**	**• Potentiel biais idéologique ou politique • Publication non scientifique • Aucune donnée empirique originale • Ne permet pas d'évaluer l'efficacité de interventions spécifiques.**	**• Mets en relation différents types de données: cliniques, épidémiologiques, organisationelles • forte crédibilité institutionelle • Situe la douleur chronique comme enjeu de santé publique**	**2019**	**Canada**
Campbell, F. & al.	**Rapport du groupe de travail canadien sur la douleur : Mars 2021**	**Santé Canada**	**Rapport institutionnel/Plan d'action**	**S/O**	**•Revue de littérature • Consultations**	**• synthèse narrative • analyse descriptive à visée décisionelle**	**• Les critères de sélection des études ne sont pas indiqués (hétérogénéité des sources) • Potentiel biais institutionel/politique**	**• Approche multidisciplinaire et inclusive (professionnels, patients, décideurs, etc.) • permet de contextualiser l'intégration de nouvelles approches de soin • forte cédibilité institutionelle**	**2021**	**Canada**
Choinière, M., et al.	**Accessing care in multidisciplinary pain treatment facilities continues to be a challenge in Canada.**	**Canadian Journal of Anesthesia,**	**Étude descriptive transversale**	**Cliniques de douleurs chroniques au canada**	**• questionaires en ligne**	**• analyse descriptive • classement des données en catégories**	**• potentiel biais de déclaration/sélection • hétégogénéité des structures • absence d'analyse qualitative/comparative • important taux de non•réponse**	**• méthodologie rigoureuse • couverture nationale exhaustive • analyse standardisée • contexte canadien**	**(2020).**	**Canada**
Chung, V.C.H. & al.	**Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: Systematic review of qualitative studies.,**	**PLOS ONE**	**Revue de littérature systématique**	**25 publications portant sur les politiques et stratégies d'intégration des médecines traditionnelles, complémentaires et alternatives (MTCA) aux systèmes de santé**	**• Recherche documentaire dans plusieurs bases de données et littérature grise • Processus documenté par un diagramme de sélection (PRISMA).**	**• Synthèse qualitative des études retenues • Analyse thématique des barrières et facilitateurs à l'intégration des CAM**	**• Nombre limité d'études incluses dans l'étude • Hétérogénéité des contextes et des systèmes de santé**	**• Recherche documentaire exhaustive et méthodique • Processus de sélection transparent (PRISMA) Fort lien avec l'objet d'étude**	**2012**	**Hong Kong**

Conde-Vázquez, O. & al.	**The effectiveness of manual therapy in people with chronic non-specific low back pain: An umbrella review with meta-analysis.**	**Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**	**Méta analyse**	**21 revues systématiques totalisant 35 711 adultes atteints de lombalgie chronique non spécifique, issues d'essais contrôlés randomisés évaluant les effets de la thérapie manuelle.**	**• Recherche systématique exhaustive • Cadre méthodologique PRISMA / PRIOR**	**• Méta-analyse quantitative • Outils méthodologiques : AMSTAR-2 ROBIS GRADE GROOVE**	**• Hétérogénéité des études • Définition très large des thérapies manuelles (n'est pas spécifique à l'ostéopathie) • Distorsion possible par Potentiel biais de publication**	**• Métho extrêmement rigoureuse • Analyse statistique avancée • reproductibilité élevée • forte pertinence clinique**	**2026**	**Espagne**
D'Amour, D., & Oandasan, I.	**Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept.**	**Journal of Interprofessional Care**	**Article conceptuel / théorique**	**S/O**	**• Analyse conceptuelle • Synthèse théorique des connaissances existantes**	**S/O**	**• Clarification conceptuelle importante • Apport théorique structurant • Utile pour guider la recherche future**	**• Absence de validation empirique • Modèle théorique non testé • Difficile à opérationnaliser (pertinence clinique limitée)**	**2005**	**Canada**
Farre, A. & Rapley, T.	**The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness**	**Healthcare**	**Analyse conceptuelle /théorique**	**S/O**	**• Synthèse narative**	**• Analyse herméneutique • Synthèse critique • Mise en relation de concepts, de modèles théoriques, etc.**	**• Absence de validation empirique • Potentiel Potentiel biais de sélection • Subjectivité élevé • Crédibilité relative de l'éditeur**	**• Excellente synthèse conceptuelle • Expose bien la tension biomédical vs biopsychosocial**	**2017**	**Grande-Bretagne**
Fiore J. & Bouaissier M.	**La philosophie de l'émergence et de la complexité au service de l'ostéopathie : à la recherche d'une épistémologie de l'ostéopathie en dialogue avec la philosophie contemporaine.**	**EPJ Web of Conferences**	**Réflexion épistémologique**	**S/O**	**• Analyse de sources théoriques (philosophie, théorie et réflexion sur l'ostéopathie)**	**• Analyse herméneutique • Synthèse critique • Mise en relation de concepts • création d'un cadre épistémologique**	**• Absence de donnée empirique ou de validation par observation/expérimentation • haut risque de Potentiel biais de confirmation ou d'omission des critiques • Application clinique limité • Contexte clinique différent en France vs Québec**	**• Contribution significative à l'épistémologie de l'ostéopathie • ancrage théorique cohérent • Dialogue interdisciplinaire • Permet de justifier la pertinence de l'approche biopsychosocial • Permet d'argumenter la légitimité théorique de l'ostéopathie dans le champs des sciences de la santé**	**2020**	**France**

Franzetti, M & al.	**Support for osteopathic manipulative treatment inclusion in chronic pain management guidelines: a narrative review**	**Journal of Osteopathic medecine**	**Revue de littérature et synthèse**	**S/O**	**• Recherche et sélection d'articles par mots clés**	**• Critères d'exclusion stricts • analyse et comparaison des résultats**	**• Nombre d'articles relativement limités • Utilisation de seulement 2 bases de données, (principalement américaines) • Potentiel Potentiel biais institutionel**	**• traite spécifiquement des effets de l'ostéopathie dans la gestion de la douleur chronique • publication crédible (peer review)**	**2021**	**États-Unis**
Gaboury, I. & al.	**Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components**	**Social Science & Medicine**	**Étude qualitative descriptive**	**21 praticiens issus de 5 cliniques de soins intégrés (IHC)**	**• Entretiens semi•dirigés**	**• Analyse thématique mixte (inductive+ déductive (cadre EPS)**	**• Échantillon restreint • Données relativement anciennes (2007) • hétérogénéité des pratiques (naturo, chiro, etc.)**	**• Étude incluant le Québec • Codage indépendant**	**2009**	**Canada**
Gatchel, R.J. & al.	**The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions.**	**Psychological Bulletin**	**Revue de littérature narrative (non systématique)**	**Corpus non précisé**	**Revue narrative de la littérature scientifique**	**• Synthèse critique des connaissances • intégration des données issues de plusieurs disciplines;**	**• Critères de sélection et d'évaluation qualitatifs des études non précisés • Absence de méta-analyse • Potentiel Potentiel biais de sélection des publications**	**• Intègre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la douleur; • Publication prestigieuse et reconnue • Revue basée sur un corpus multidisciplinaire**	**2007**	**États-Unis**
Gouvernement du Québec	**Code des professions. (2025). *RLRQ, c. C-26.***	**LégisQuébec – Code des professions (RLRQ, c. C-26)**	**Texte législatif / cadre juridique**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**2025**	**Canada**
Gouvernement du Québec	**Loi sur les services de santé et les services sociaux. (2025). *RLRQ, c. S-4.2.***	**LégisQuébec – Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2)**	**Texte législatif / cadre juridique**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**2025**	**Canada**
Gray, B. & Orrock, P.	**Investigation into Factors Influencing Roles, Relationships, and Referrals in Integrative Medicine**	**The Journal of Alternative and Complementary Medicine**	**Étude qualitative descriptive**	**Praticiens exerçant en clinique de Médecine Intégrative (Nombre et caractéristiques non divulguées)**	**• Entretiens semi•dirigés**	**Analyse thématique et analyse de contenu sommative**	**• Potentiel Potentiel biais de participation • Potentiel Potentiel biais d'auto-complaisance**	**• Étude spécifique à l'ostéopathie**	**2014**	**Autralie**

Hollenberg, D.	**Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings**	**Social Science & Medicine**	**Étude qualitative ethnographique**	**21 professionnels de la santé issus de deux établissements canadiens de soins intégratifs (13 praticiens biomédicaux et 8 praticiens CAM)**	**entretiens semi•dirigés • observation ethnographique • analyse documentaire**	**• Comparaison ethnographique • Closure theory (sociologie appliquée)**	**• Très petit échantillon • Données très anciennes (2002•2003)**	**• Étude canadienne • Analyse approfondie des rapports de pouvoir entre Biomédecine vs CAM • Inclut des milieux hospitaliers au Canada**	**2006**	**Canada**
International Association for the Study of Pain (IASP). (2020).	**IASP announces revised definition of pain.**	**International Association for the Study of Pain (IASP). (2020).**	**Dépêche/communiqué**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**2020**	**Intl.**
Jarvis, A. & al.	**General practitioners' beliefs about the clinical utility of complementary and alternative medicine**	**Primary Health Care Research & Development**	**Étude qualitative descriptive**	**19 médecins généralistes non universitaires**	**Entretiens semi•dirigés réalisés par téléphone.**	**• Analyse thématique • Approche comparative**	**• Potentiel Potentiel biais de participation • Limite des entretiens téléphoniques • faible taux de participation (3.5%)**	**• Double codage • Guide d'entretiens bien élaboré • Sollicitation large**	**2015**	**Grande-Bretagne**
Joyce P. , Wardle J. & Zaslawski C.	**Medical student attitudes towards complementary and alternative medicine (CAM) in medical education: a critical review**	**Journal of Complementary Integrative Medecine**	**Revue de littérature critique**	**21 études portant sur les perceptions, attitudes, connaissances et l'enseignement des médecines complémentaires et alternatives (CAM) auprès des étudiants en médecine**	**• Recherche documentaire systématique • Critères d'inclusion/exclusions prédéfinis**	**• Analyse par thématique**	**• recherche documentaire large et structurée • Contre•validation de la sélection • Corpus initial de grande dimension • Proscessus de sélection transparent • critères d'inclusions centrés sur les données empiriques**	**• Hétérogénéité des études incluses • pas de grille de pondération de la validité des études sélectionnées**	**2014**	**Australie**
Joyce, P. & al.	**Medical student attitudes towards complementary and alternative medicine (CAM) in medical education: a critical review**	**Journal of Complementary and Integrative Medicine**	**Revue de littérature critique**	**21 articles sélectionnés**	**Revue de littérature systématique**	**• Double validation du corpus • Synthèse thématique**	**• Articles publiés en anglais seulement (Potentiel biais ethnoculturel)**	**• Processus de sélection rigoureux • évaluées par les pairs • large période**	**2016**	**Australie**

Labrecque, N & al.	**CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES EN DOULEUR CHRONIQUE ORIENTATIONS ET LIGNES DIRECTRICES 2021-2026**	**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**	**rapport institutionnel/Plan d'action**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**• N'est pas un article scientifique • Potentiel Potentiel biais institutionel**	**• Pertinence forte avec le sujet à l'étude (douleur chronique et professionnel de la santé au Québec) • crédibilité instituionelle forte (Gvt. du Québec)**	**2021**	**Québec**
L'hermite, P-L.	**Introduction à la science ostéopathique : approche épistémologique**	**Ellipses**	**Monographie**	**S/O**	**S/O**	**Réflexion épistémologique**	**S/O**	**• réflexion originale • Structuration cohérente des fondements théoriques • ouverture au débat scientifique et structuration d'un champs de recherche**	**2020**	**France**
Mak, J. C. S. & al.	**Perceptions and attitudes of rehabilitation medicine physicians on complementary and alternative medicine in Australia.**	**Internal Medicine Journal**	**Étude transversale**	**36 médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation membres de l'Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine.**	**Questionnaire postal**	**• Analyse quantitative descriptive • Analyses statistiques comparatives**	**• Échantillon relativement restreint • Faible taux de réponse (38 %) • Potentiel biais de déclaration • Résultats difficilement généralisables**	**• Étude portant spécifiquement sur les attitudes des médecins envers les CAM • Questionnaire standardisé**	**2009**	**Australie**
Maria, B. & al.	**Integration of osteopathy in the Portuguese National Health Service: Perceptions and expectations of citizens and health professionals**	**International Journal of Osteopathic Medicine**	**Étude qualitative descriptive**	**Deux groupes de discussion (focus groups) : 1. Citoyens (21-65 ans) ; 2. Professionnels de la santé**	**• Groupes de discussion • approche semi-structurée**	**•Analyse thématique**	**• Échantillonage de comodité (non représentatif) • Potentiel biais de participation**	**• Utilisation des critères COREQ • Thématique en lien avec l'objet d'étude (intégration de l'ostéo)**	**2022**	**Portugal**
Miller J-M & al.	**L'équipe interdisciplinaire et le rôle du patient partenaire**	**Faculté de médecine de l'Université de Montréal**	**Document de formation**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**• N'est pas un article scientifique • Potentiel biais institutionel**	**• Crédibilité institutionelle • contexte québécois • compte•rendu de la réalité clinique**	**à déterminer**	**Québec**
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	**Continuum de soins et de services en douleur chronique — Orientations et lignes directrices 2021–2026.**	**Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)**	**rapport institutionnel/Plan d'action**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**2021**	**Québec**

Morin, C.	**Collaboration interprofessionnelle entre médecins et ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec**	**Université de Sherbrooke**	**Thèse de doctorat**	**571 professionnels impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec (274 médecins; 297 ostéopathes)**	**• Questionnaire • Entretiens semi-dirigés**	**Étude mixte séquentielle: phase 1: analyse quantitative phase 2: analyse qualitative**	**• Potentiel de Potentiel biais de sélection et de non-réponse • Données autodéclarées • Uniquement en pédiatrie**	**• Méthodologie mixte (Analyse statistique et qualitative rigoureuse) • Échantillon important (571 participants) • Fort lien avec l'objet d'étude Contexte québécois**	**2017**	**Canada**
National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2017).	**Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?**	**U.S. Department of Health and Human Services.**	**Glossaire/lexique**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**• les définitions ne sont pas issues d'un concesus scientifique • Potentiel biais politique et institutionel**	**S/O**	**2017**	**États-Unis**
National Institute for Health and Care Excellence.	**Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain**	**National Institute for Health and Care Excellence. (2021).**	**rapport institutionnel/Plan d'action**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**2021**	**Grande-Bretagne**
Ng, J. & al.	**The quality of online consumer health information at the intersection of complementary and alternative medicine and arthritis.**	**Advances in Rheumatology,**	**étude desciptive transversale**	**Sites web contenant de l'information destinée aux patients sur les médecines complémentaires et alternatives (CAM) pour l'arthrite**	**• Recherche web systématique**	**• Outil structuré : DISCERN • Analyse quantitative descriptive • Double évaluation indépendante**	**• Potentiel biais de sélection (géographique, linguistique) • Résultats web évolutif**	**• Méthodologie rigoureuse et reproductible • étude canadienne • Outils valide (DISCERN)**	**2021**	**Canada**

Ng, J.Y. Kochhar, J. & Cramer, H.	**Oncology researchers' and clinicians' perceptions of complementary, alternative, and integrative medicine: an international, cross-sectional survey**	**Supportive care in cancer**	**étude quantitative (observation elle transversale)**	**751 chercheurs ou cliniciens en oncologie**	**Questionaires en ligne (survey monkey)**	**• Statistiques descriptives • Statistiques comparatives/inférentielles**	**• Potentiel biais d'autodéclaration • Potentiel biais de sélection (participation volontaire) • contexte clinique pariculier (transférabilité limité) • Ne concerne pas spécifiquement la perception de l'ostéopathie • Contextes culturels, sociaux et cliniques hétérogènes • très faible taux de réponse**	**• Échantillonage large et structuré • Méthode reproductible • Données mixtes (quali+quanti) • Donnes brutes disponibles • Pertinence intéressante considérant l'objet de l'étude (thématique de rponse, perceptions des CAMs, etc.)**	**2024**	**Allemagne/Canada**
Office des professions du Québec	**Avis sur l'opportunité de constituer un ordre professionnel des ostéopathes**	**Gouvernement du Québec**	**rapport institutionnel / analyse et évaluation des politiques publiques**	**Corpus non précisé**	**• Analyse documentaire • consultations publiques • examen des mémoires reçus consultation d'experts et d'organismes**	**• Analyse comparative des modèles d'encadrement professionnels • Analyse qualitative des risques pour la protection du public**	**• Publication non scientifique • Potentiel biais politique/institutionel • Analyse qualitative des risques pour la protection du public**	**• Consultations élargies • Analyse spécifique à l'ostéopathie au Québec**	**2022**	**Canada**
OMS	**Projet de stratégie mondiale pour la médecine traditionelle 2025-2034**	**OMS**	**rapport institutionnel/Plan d'action**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**• crédibilité institutionnelle (OMS) • définitions consensuelles**	**2025**	**Intl.**
OMS	**Benchmarks for training in traditionel/complementary and alternative medicine: Benchmarks for Training in osteopathy**	**OMS**	**rapport institutionnel/Plan d'action**	**S/O**	**• Consultations • Revue de littérature**	**• Analyses indépendantes et multiples**	**• N'est pas une étude évaluées par les pairs • Potentiel biais politique et institutionel**	**• crédibilité institutionnelle (OMS) • Multiplicité des acteurs concernés (practiciens, législateurs, experts,etc.) • définitions consensuelles • Traite spécifiquement de l'ostéopathie**	**2010**	**Intl.**
OMS	**L'OMS inclut la douleur chronique dans la nouvelle Classification Internationale des Maladies**	**OMS**	**Dépêche/communiqué**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**2019**	**Intl.**

OMS	**Classification internationale des maladies, 11e révision (CIM-11)**	**OMS**	**Glossaire/lexique**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**2019**	**Intl.**
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québe	**Annonce du gouvernement du Québec: début des travaux d'encadrement des ostéopathes**	**Ordre professionnel de la physiothérapie du Québe**	**Dépêche/communiqué**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**2026**	**Canada**
Paubert A., Arcamone A., & Wagner-Baillergeau A.	**Évaluation des perspectives d'intégration de l'ostéopathie en service hospitalier Étude qualitative auprès des soignants du service de soins palliatifs de l'hôpital Delafontaine**	**La Revue de l'Ostéopathie**	**Étude qualitative (visée exploratoire/ descriptive)**	**11 professionnels de la santé du service de soins palliatifs de l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis, France)**	**• Entretiens semi•dirigés • Approche inductive**	**• Analyse par codage • Regroupement en thématiques/catégories**	**• Taille de l'échantillon restreinte • Probabilité de Potentiel biais de désirabilité social • Probabilité de Potentiel biais de sélection • Subjectivité analytique • •reproductibilité limité**	**• Données qualitatives riches • Crédibilité scientifique limité de la publication • Très forte pertinence en lien avec l'étude**	**2024**	**France**
Raja, N & al.	**The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises**	**Pain**	**Article de réflexion/ consensus d'experts**	**S/O**	**• Synthèse narative**	**• Analyse délibérative (consensus)**	**• pas d'observation directe/validation empirique • Potentiel biais de sélection des experts • consensus négocié (procesus non déclaré) • Méthodologie non exhaustive**	**• Forte crédibilité institutionelle (IASP) • Forte pertinence de l'objet (douleur chronique, approche interdisciplinaire, intégration des pratiques complémentaires)**	**2020**	**États-Unis**
Roth, I. & al.	**Employing Evidence in Evaluating Complementary Therapies: Findings from an Ethnography of Integrative Pain Management at a Large Urban Pediatric Hospital**	**The Journal of Alternative and Complementary Medicine**	**étude qualitative ethnographique**	**34 entretiens (8 aidants naturels, 7 patients, 6 fournisseurs de service et 2 administrateurs)**	**• Entretiens semi•dirigés • Entretiens informels**	**• Analyse thématique • Analyse de cadre**	**• Potentiel biais de sélection • Potentiel biais de l'observateur (effet Hawthorne) • Potentiel biais de codage**	**• Triangulation des données • Observation de longue durée • Atteinte de la saturation thématique • Double vérification du codage**	**2019**	**États-Unis**

Sharp, D. & al.	**'Trying to put a square peg into a round hole': a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity**	**BMC Complementary and Alternative Medicine**	**Étude qualitative interprétative**	**36 praticiens de médecine complémentaire et alternative, 20 médecins généralistes et 8 gestionaires**	**• Groupes de discussion • Entretiens semi•dirigés**	**• analyse qualitative (framework analysis) • approche abductive • utilisation de codage et de classement quantitatif des données**	**• Potentiel biais du chercheur (favorable au CAMS) • risque de Potentiel biais de désirabilité sociale • Potentiel biais de recrutement • Risque d'influence du format (discussion de groupe) • ne concerne pas spécifiquement l'intégration de l'ostéopathie**	**• Fort pertinence en lien avec à l'étude • Perspective multidisciplinaire • Données qualitatives riches (saturation des données) • basé sur l'expérience concrète • analyse mixte (quanti+quali)**	**2018**	**États-Unis**
Shorofi S.A. & Arbon P.	**Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users**	**Complementary Therapies in Clinical Practice**	**étude quantitative (observationelle transversale)**	**313 infirmières/infirmiers**	**Questionnaire standardisé, autoadministré**	**Analyse statisique descriptive et inférentielle**	**• Potentiel biais d'autodéclaration • Potentiel biais de sélection (participation volontaire) • contexte clinique pariculier (transférabilité limité) • Ne concerne pas spécifiquement la perception de l'ostéopathie**	**• Données quantitatives robustes • Échantillon relativement élevé • pertinence élevé par rapport à l'objet à l'étude • Étude bien structuré permettant de cerner les perceptions des professionnels de la santé en fcontion de leur niveau de connaissance et d'utilisation des CAM • étude évalué par les pairs, publication crédible (indexation)**	**2017**	**Australie**
Singla, A.	**Overview of Integrative, Complementary, and Alternative Medicine**	**Manuel Merck – Édition professionnelle**	**article de référence**	**Corpus non précisé**	**Revue de littérature et synthèse documentaire**	**Analyse descriptive des données probantes disponibles**	**• Méthodologie de recherche documentaire peu détaillée • Critères de sélections des sources non précisés • Absence d'évaluation formelle de la qualité des études sélectionnées • Ne porte pas spécifiquement sur l'ostéopathie**	**• Synthèse très actuelle des connaissances scientifiques •Révisé par les pairs •Publié dans une publication reconnue et crédible**	**2025**	**États-Unis**

Thompson, O.P., Petty N.J., & Moore A.P.	**A qualitative grounded theory study of the conceptions of clinical practice in osteopathy – A continuum from technical rationality to professional artistry**	**Manual Therapy**	**Étude qualitative fondée sur la théorie ancrée**	**10 hommes, 2 femmes; tous ostéopathes avec différents niveaux d'étdues**	**• Entretiens semi•dirigés**	**• analyse comparative par catégorie conceptuelle • Analyse à partir d'un cadre théorique préexistant (constructivisme, théorie ancrée)**	**• petit échantillon • cadre théorique potentiellement restrictif • Potentiel biais de désirabilité professionnelle • subjectivité élevé**	**• Profondeur autoréflexive • Étude miroire de notre objet (perception des ostéo vs perception des professionels de la santé) • Structure anlytique solide grace au cadre théorique • Contribue à clarifier l'identité professionnelle des ostéopathes • Permet de situer la place de l'ostéopathie dans le système de santé**	**2014**	**Grande-Bretagne**
Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A.	**Treatment of chronic non-cancer pain**	**Pain**	**Revue de littérature**	**Corpus non précisé**	**Revue de littérature narrative (non systématique)**	**• Synthèse critique des données probantes • comparaison des niveaux d'efficacité des différentes approches • identification des lacunes de la littérature**	**• Critères de sélection des études non précisés • Nombre et qualité des études incluses non rapporté • Risque de Potentiel biais de sélection des publications**	**• Intègre les approches pharmacologiques, physiques, psychologiques et complémentaires • Analyse critique fondée sur les données probantes • Identification des limites des traitements actuels Publication prestigieuse et reconnue**	**2011**	**États-Unis**
Université du Québec à Montréal (UQAM)	***L'ostéopathie bientôt reconnue par l'Office des professions du Québec***	**Actualités UQAM**	**Dépêche/communiqué**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**2026**	**Canada**
Wiese, M. & al.	**Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care: A review of the literature**	**Health**	**Revue de littérature critique**	**Corpus non précisé**	**Revue de littérature systématique**	**• Analyse par thématique**	**• hétérogénéité des objets d'étude • textes relativement anciens et potentiellement obsolètes**	**• Important volume du corpus • Approche généalogique de la recherche documentaire • recherche par mots clés non sytématisée**	**2010**	**Australie**

Youn, B-Y. & al.	**Perception, attitudes, knowledge of using complementary and alternative medicine for cancer patients among healthcare professionals: A mixed-methods systematic review**	**Cancer medicine**	**Revue de littérature systématique Étude mixte (qualit+quanti)**	**42 études publiées entre 1995 et 2022 portant sur les perceptions, attitudes et connaissances des professionnels de la santé concernant les CAM en oncologie.**	**Revue de littérature systématique**	**• Extraction et classement des données •Analyse descriptive et synthèse convergente • Évaluation selon critères déterminés**	**• hétérogénéité des études • données mixte complexes • risque de subjectivité dans la sélection des thématiques • Inférences et relations causales difficiles à établir • ne concerne pas spécifiquement l'ostéopathie**	**• Source de haut niveau • rare méta•analyse • perception des professionnels de la santé des médecines complémentaires**	**2023**	**Corée du Sud**

ANNEXE 2

Publication Facebook



Courriel physiothérapeute propriétaire

Bonjour,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en ostéopathie, réalisé à l'École d'ostéopathie Enosi.

Mon projet de recherche porte sur les perceptions des professionnels de la santé, dans la prise en charge de la douleur chronique, par les ostéopathes.

Je suis donc actuellement à la recherche de professionnels de la santé, membres d'un ordre professionnel, pour participer à des**entrevues semi-dirigées d'environ 30 minutes**, menées à distance ou en personne selon les préférences des participants.

Les entretiens pourront être planifiés en fonction des disponibilités des participants, que ce soit en journée, en soirée ou la fin de semaine.

Voici quelques précisions concernant l'étude :

- **Participants recherchés :** professionnels de la santé membres d'un ordre professionnel (ex. : physiothérapeutes, médecins, ergothérapeutes, infirmiers.ères, etc.).

- **Définition de douleur chronique :** douleur présente depuis plus de 3 mois, sans cause évidente ou liée à une pathologie sous-jacente
- **Échéance :** idéalement, je souhaite compléter le recrutement **d'ici septembre 2025**

Pour me joindre : osteomathildegl@gmail.com

Je serais ravie de fournir davantage d'informations au besoin (formulaire de consentement,modalités d'entrevue, etc.).

Je vous remercie sincèrement pour votre attention et votre soutien éventuel.

Exemple de courriel pour les professionnels de mon village

Bonjour,

Je m'appelle Mathilde Gouin, interne en ostéopathie à Saint-Jean-de-Matha. J'aimerais entrer en contact avec Madame Camille Gadoury afin de sonder son intérêt à participer à un projet de recherche que je mène actuellement en ostéopathie. Ce projet porte sur la **perception qu'ont les professionnels de la santé de la prise en charge de la douleur chronique par les ostéopathes**.

Ma collecte de données s'effectue par le biais d'entrevues semi-dirigées, d'environ 15 à 20 minutes.

Merci beaucoup et bonne journée !

Exemple de courriel envoyé aux cliniques privées d'infirmières praticiennes

Bonjour,

J'espère que vous allez bien.

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en ostéopathie, qui porte sur les perceptions des professionnels de la santé à l'égard de la place de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique.

Je suis actuellement à la recherche d'infirmières praticiennes spécialisées qui accepteraient de participer à une courte entrevue afin de partager leur point de vue. L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre les connaissances, les perceptions et les expériences des différents professionnels de la santé concernant l'ostéopathie. Tous les points de vue sont les bienvenus, qu'ils soient favorables, nuancés ou critiques.

Comment se déroule la participation?

- Une entrevue semi-dirigée réalisée sur *Zoom*;
- Une durée d'environ 15 à 25 minutes;
- À la date et à l'heure qui vous conviendront le mieux;
- Aucune préparation n'est requise.

Vous trouverez en pièce jointe le document d'information présentant les objectifs et le déroulement du projet.

Si vous souhaitez participer, il vous suffit de me proposer une ou deux plages horaires qui vous conviendraient. Je vous ferai ensuite parvenir le formulaire de consentement ainsi que le lien *Zoom* pour l'entretien.

Je vous remercie sincèrement du temps que vous accorderez à cette demande et de votre précieuse contribution à cette recherche.

Au plaisir d'échanger avec vous.

Bien cordialement,

Mathilde Gouin
Candidate au diplôme en ostéopathie

Courriel envoyé à la clinique de la douleur

Bonjour,

J'espère que vous allez bien.

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en ostéopathie, qui porte sur les perceptions des professionnels de la santé concernant la place de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique au Québec.

Dans le cadre de cette recherche, je souhaite recueillir le point de vue de professionnels œuvrant auprès d'une clientèle vivant avec de la douleur chronique. Considérant l'expertise de votre équipe dans ce domaine, je me demandais s'il serait possible de diffuser mon invitation à participer à l'étude auprès des professionnels de votre clinique susceptibles d'être intéressés.

La participation consiste en une entrevue semi-dirigée réalisée sur *Zoom*, d'une durée d'environ 15 à 25 minutes, à la date et à l'heure convenant au participant. Aucune

préparation n'est requise. L'objectif est simplement d'explorer les connaissances, les perceptions et les expériences des professionnels de la santé concernant l'ostéopathie dans un contexte de douleur chronique. Tous les points de vue sont les bienvenus.

Vous trouverez en pièce jointe le document d'information présentant les objectifs et le déroulement du projet. Si certains membres de votre équipe souhaitent participer, ils pourront communiquer directement avec moi afin de convenir d'une plage horaire. Je leur transmettrai alors le formulaire de consentement ainsi que le lien *Zoom* pour l'entretien.

Je vous remercie sincèrement de l'attention portée à cette demande et de toute aide que vous pourrez m'apporter dans la diffusion de cette invitation.

Au plaisir d'échanger avec vous.

Bien cordialement,

Mathilde Gouin
Candidate au diplôme en ostéopathie

ANNEXE 3

Guide d'entretien semi-dirigé

Titre de l'étude : Perception de la place et de la pertinence de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique au Québec
Durée prévue : environ 25 minutes
Type d'entretien : individuel semi-dirigé

Introduction

Bonjour, je m'appelle Mathilde Gouin, interne en ostéopathie et étudiante à l'École d'ostéopathie Enosi. Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue.

L'objectif de cette rencontre est de mieux comprendre comment tu perçois, comme professionnel de la santé, la place et la pertinence de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique.

Je te rappelle que tu peux t'exprimer en toute liberté : je t'invite à partager franchement ton point de vue, sans filtre ni gêne. Je souhaite que tu te sentes totalement à l'aise de dire ce que tu penses réellement — tout propos, positif ou critique, est pertinent et accueilli avec ouverture et sans jugement. Il peut aussi être tout à fait normal de ne pas savoir quoi répondre à certaines questions qui sont posés. Le fait de ne pas savoir est en soit une réponse pertinente pour moi.

Ta participation est entièrement volontaire. Tes propos seront traités de façon confidentielle et anonyme lors du traitement des données. Tu peux aussi refuser de répondre à une question ou mettre fin à l'entretien à tout moment, sans justification. L'entretien devrait durer environ 20 à 25 minutes.

Avant de commencer :

- As-tu des questions ?
- Acceptes-tu de participer à cette entrevue ?
- Me donnes-tu l'accord d'enregistrer notre conversation afin d'en faciliter la transcription ?

(Attendre les réponses, puis démarrer l'enregistrement.)

Question d'ouverture — Contexte de pratique

Pour débuter, pourrais-tu me décrire ton contexte de pratique ?

Relances : ton milieu de travail, ton rôle, le type de patients que tu vois le plus souvent, ton organisation de travail (individuelle ou en équipe), clinique privée ou établissement, etc.

THÉMATIQUE 1 — Ton approche clinique et ta représentation de la douleur chronique

Cette thématique vise à comprendre comment tu conceptualises et accompagnes les patients souffrant de douleur chronique, ainsi que les limites que tu perçois dans ton propre champ de pratique.

Comment décrirais-tu ton approche auprès des patients souffrant de douleur chronique ?

Relances : éléments importants de ton approche, philosophie clinique, limites de ton rôle.

Quels sont, selon toi, les principaux défis ou limites lorsque tu accompagnes des patients souffrant de douleur chronique ?

Relances :

- Qu'est-ce qui te semble le plus difficile dans la prise en charge ?
- Dans quels cas as-tu l'impression d'atteindre les limites de ton champ de pratique ?
- Y a-t-il des situations où tu juges important de référer vers un autre professionnel ?
- Quelles attentes des patients sont parfois difficiles à rencontrer ?

THÉMATIQUE 2 — Connaissances, perceptions et représentations de l'ostéopathie

Cette thématique explore ton niveau de connaissance, tes représentations, ta perception de la crédibilité de l'ostéopathie, tes zones de flou et ta compréhension de sa pertinence dans le contexte de la douleur chronique.

- Quand tu penses à l'ostéopathie, qu'est-ce qui te vient spontanément à l'esprit ?
  Relances : définition personnelle, image mentale, aspects flous ou ambigus.
- Comment as-tu découvert l'ostéopathie ?
  Relances : formation, collègues, patients, expériences cliniques.

- Selon toi, quels aspects de l'ostéopathie peuvent être pertinents pour soutenir des patients vivant avec de la douleur chronique ?
  Relances : bénéfices perçus, situations spécifiques.

- À l'inverse, quels aspects de l'ostéopathie te semblent moins adaptés ou plus incertains dans ce contexte ?
  Relances : limites, préoccupations, zones d'ambiguïté.

THÉMATIQUE 3 — Pertinence clinique, pratiques de référence et collaboration interprofessionnelle

Cette thématique aborde la place perçue de l'ostéopathie dans le parcours de soins, les motifs de référence et les conditions favorisant une collaboration efficace.

- Comment perçois-tu la place actuelle de l'ostéopathie dans le parcours de soins des patients souffrant de douleur chronique ?
  Relances : complémentarité, cohérence, redondance.

- Qu'est-ce qui influence ta décision d'orienter — ou de ne pas orienter — des patients vers un ostéopathe ?
  Relances : critères clés, préoccupations, expériences passées.

- Selon toi, quelles conditions pourraient faciliter une collaboration plus étroite entre ostéopathes et autres professionnels de la santé ?
  Relances : communication, crédibilité, sécurité, données probantes, transmission d'information.

- Pour conclure, comment résumerais-tu ta position globale à l'égard de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique ?
  Relances : éléments marquants, nuances, évolution de ta perception.

Conclusion

Merci beaucoup pour ton temps et la richesse de tes réponses. Ta contribution est précieuse et permettra de mieux comprendre les perceptions entourant l'ostéopathie dans le contexte de la douleur chronique au Québec.

La prochaine étape de mon projet est l'analyse des entretiens afin d'identifier les thèmes récurrents, les divergences et les nuances. Je t'enverrai la transcription de notre entretien afin que tu puisses la valider.

Est-ce que cela te convient ?

Merci encore pour ta participation.

ANNEXE 4

Journal réflexif

Réflexion sur le guide d'entretien

Tout au long de l'élaboration et de l'utilisation du guide d'entretien, je me suis régulièrement questionnée sur sa pertinence. Je me suis notamment demandé si certaines questions devaient être précisées afin de mieux orienter les participants, si d'autres devaient être ajoutées pour approfondir certains aspects ou, au contraire, retirées en raison de leur apparente redondance.

Au fil des entretiens, j'ai toutefois choisi de conserver le guide dans sa version initiale. Cette décision reposait sur la volonté de préserver un entretien le moins directif possible et de laisser émerger librement les perceptions et les représentations des participants, conformément à la posture interprétative adoptée dans cette recherche.

Par ailleurs, bien que certaines questions aient pu sembler recouper des thèmes déjà abordés, les entretiens ont montré que ces relances permettaient souvent de faire émerger de nouvelles nuances, d'approfondir certains éléments ou de mettre au jour des aspects qui n'avaient pas été évoqués précédemment. Cette expérience m'a rappelé qu'en recherche qualitative, la richesse des données ne dépend pas uniquement de la formulation des questions, mais également de la manière dont les participants construisent progressivement leur discours au cours de l'entretien.

Avec le recul, le maintien du guide d'entretien dans sa version initiale s'est donc avéré pertinent. Il a permis d'assurer une cohérence entre les entretiens tout en laissant suffisamment de souplesse pour que chaque participant puisse développer son expérience et ses perceptions selon sa propre logique discursive.

Réflexions générales sur le processus d'analyse

De la codification à la conceptualisation

Au début de l'analyse, j'ai naturellement eu tendance à organiser mes résultats à partir des codes issus de NVivo. Cette façon de procéder me permettait de demeurer très près des données et me rassurait quant à la fidélité de l'analyse. Toutefois, au fur et à mesure que je relisais les verbatims et que je commençais la rédaction des résultats, je me suis rendu compte que cette organisation ne reflétait pas toujours le sens plus large des discours des participants.

Progressivement, une question a remplacé celle qui guidait mon travail au début de l'analyse. Plutôt que de me demander « Où est-ce que je place ce code? », je me suis mise à

me demander « À quelle question ce passage répond-il réellement? ». Ce changement de perspective a profondément modifié ma façon de construire les thèmes.

Je réalise aujourd'hui que les thèmes ne correspondent pas à une simple accumulation de codes. Ils constituent plutôt une conceptualisation progressive du phénomène étudié. Cette évolution m'a permis de passer d'une logique de classification des données à une logique davantage interprétative, où les thèmes cherchent avant tout à représenter le sens des discours des participants.

Le rôle de la rédaction dans l'analyse

Je constate également que la rédaction elle-même est devenue un véritable outil d'analyse. Plusieurs incohérences entre les thèmes ne sont apparues qu'au moment où j'ai tenté de raconter les résultats de façon fluide. L'écriture m'a ainsi amenée à revoir certains titres, à déplacer des sous-thèmes et à réorganiser l'ensemble du chapitre des résultats.

Je comprends aujourd'hui que l'analyse qualitative ne s'arrête pas au codage des données. Elle se poursuit tout au long du processus de rédaction, qui devient lui-même un espace de réflexion, d'interprétation et d'affinement des thèmes.

Fidélité aux données

Au cours des nombreuses révisions, une question est progressivement devenue un véritable fil conducteur de mon analyse :

« Est-ce que cette affirmation est réellement soutenue par les verbatims que je présente? »

À plusieurs reprises, cette réflexion m'a amenée à simplifier certaines formulations, à retirer des généralisations insuffisamment appuyées ou encore à déplacer certaines idées vers le chapitre de la discussion lorsqu'elles relevaient davantage de l'interprétation que de la description des résultats.

Cette démarche m'a permis de conserver un ancrage constant dans les données empiriques et de demeurer fidèle aux discours des participants.

Réflexions propres aux thèmes

Thème 1 – Une connaissance limitée et parfois imprécise de l'ostéopathie

Comprendre la méconnaissance comme un phénomène multidimensionnel

Au départ, j'avais construit ce thème autour des différents codes issus du codage (définition, champ de pratique, comparaison avec d'autres professions, exposition durant la formation, etc.). En avançant dans la rédaction, j'ai réalisé que ces éléments ne constituaient pas des phénomènes distincts, mais représentaient différentes manifestations d'une même réalité : la méconnaissance de l'ostéopathie.

Cette prise de conscience m'a amenée à réorganiser entièrement le thème afin que les sous-thèmes illustrent différentes dimensions de cette méconnaissance plutôt qu'une simple succession de codes.

Distinguer les manifestations des facteurs explicatifs

Une autre réflexion importante a concerné l'expérience personnelle des participants. Initialement, je considérais cette catégorie comme une manifestation supplémentaire de leurs connaissances sur l'ostéopathie. Après plusieurs relectures, j'ai compris que ces données expliquaient plutôt comment ces connaissances s'étaient construites.

J'ai ainsi choisi d'intégrer l'expérience personnelle, la faible exposition durant la formation, la présence ou non d'ostéopathes dans le milieu de pratique ainsi que la visibilité de la profession comme des facteurs contribuant à expliquer la méconnaissance observée chez les participants.

Repenser la place de la visibilité professionnelle

Au fil de la rédaction, j'ai également réalisé que la faible visibilité de la profession ne constituait pas une conséquence de la méconnaissance, mais un facteur susceptible de l'entretenir. Cette réflexion m'a conduite à repositionner ce sous-thème dans la logique générale du thème.

Thème 2 – Perception et définition de l'approche ostéopathique

Clarifier la question analytique du thème

Au moment de rédiger ce thème, je me suis rapidement aperçue que certaines catégories répondaient à des questions différentes. J'avais initialement identifié trois sous-thèmes : l'approche globale, l'approche musculosquelettique et une approche favorisant le fonctionnement et le bien-être.

En relisant les verbatims, j'ai progressivement compris que ce troisième sous-thème ne décrivait pas réellement la manière dont les participants définissaient l'ostéopathie. Il concernait plutôt le rôle qu'ils attribuaient à cette approche dans la prise en charge de la douleur chronique.

J'ai donc décidé de déplacer ce sous-thème vers un thème portant sur la place de l'ostéopathie dans la trajectoire de soins. Cette décision a permis d'améliorer la cohérence interne du thème en recentrant celui-ci uniquement sur les représentations de l'ostéopathie.

Nuancer la notion de globalité

Au départ, j'interprétais la notion de globalité comme un concept relativement homogène. La relecture attentive des verbatims m'a toutefois permis de distinguer deux conceptions différentes.

Pour certains participants, la globalité renvoie principalement à une vision anatomique intégrant plusieurs systèmes corporels (fascias, viscères, crâne). Pour d'autres, elle correspond davantage à une vision intégrative de la personne, prenant en compte les dimensions physiques, psychologiques et émotionnelles de la santé.

Cette distinction n'était pas apparue lors du premier codage. Elle s'est construite progressivement au fil des relectures et de la rédaction.

Les exemples cliniques spontanément évoqués

Une autre réflexion importante est apparue au moment de rédiger le sous-thème portant sur les troubles musculosquelettiques. J'ai constaté que, même lorsque les participants décrivaient l'ostéopathie comme une approche globale ou holistique, les exemples cliniques qu'ils évoquaient spontanément concernaient presque exclusivement les troubles musculosquelettiques et les interventions manuelles.

Cette observation est devenue un élément central du thème puisqu'elle met en évidence un contraste entre la représentation générale de l'ostéopathie et les applications cliniques qui lui sont spontanément attribuées.

Thème 3 – Enjeux institutionnels

Identifier le véritable fil conducteur du thème

La rédaction du troisième thème m'a amenée à m'interroger sur ce qui reliait réellement les différents sous-thèmes. Au départ, ceux-ci étaient regroupés sous l'appellation « enjeux institutionnels ». Toutefois, au fil des relectures, j'ai commencé à me demander si le phénomène étudié n'était pas plus précisément celui de la crédibilité de la profession.

Les données portant sur les données probantes, l'encadrement professionnel, la formation des ostéopathes et, dans une certaine mesure, la visibilité de la profession semblent toutes renvoyer à la manière dont les participants construisent leur confiance envers l'ostéopathie.

Cette réflexion demeure ouverte et sera poursuivie au fur et à mesure de la rédaction afin de vérifier si le titre du thème traduit fidèlement le phénomène observé.

Comparer la fréquence et la richesse des thèmes

En amorçant ce troisième thème, je me suis également interrogée sur la place à accorder aux différents sous-thèmes. Certains, comme l'encadrement professionnel, sont soutenus par de nombreux participants, alors que d'autres, notamment les données probantes, sont évoqués par un plus petit nombre de professionnels.

Cette réflexion m'amène à demeurer attentive non seulement au nombre de participants qui abordent un sujet, mais également à la richesse des discours produits. En recherche qualitative, la pertinence analytique d'un thème ne repose pas uniquement sur sa fréquence, mais aussi sur sa capacité à éclairer le phénomène étudié.

éflexion analytique – Thème 3

En revisitant le sous-thème consacré à l'encadrement professionnel, j'ai réalisé que les données portaient en réalité sur deux phénomènes distincts. Les premières citations concernaient l'importance accordée à l'encadrement réglementaire (ordre professionnel, protection du public, sécurité, crédibilité), alors que les suivantes mettaient plutôt l'accent sur la nécessité de mieux faire connaître la profession. Bien que ces deux idées contribuent à la reconnaissance de l'ostéopathie, elles reposent sur des mécanismes différents. J'ai donc choisi de les présenter dans deux sous-thèmes distincts afin de mieux respecter les nuances exprimées par les participants.

En travaillant ce sous-thème, j'ai d'abord eu tendance à l'interpréter comme un enjeu de « visibilité » ou de « promotion » de la profession. En relisant les verbatims, j'ai toutefois réalisé que les participants ne parlaient pas principalement de publicité, mais plutôt d'une meilleure connaissance du rôle, des compétences et du champ de pratique des ostéopathes. Cette nuance m'a amenée à recentrer le sous-thème sur la compréhension de la profession plutôt que sur sa promotion.

Réflexion analytique – Thème 3 : La formation des ostéopathes

En travaillant ce sous-thème, j'ai d'abord eu tendance à opposer les participants selon qu'ils avaient une perception positive ou négative de la formation des ostéopathes. En relisant attentivement les verbatims, j'ai toutefois réalisé que cette opposition ne rendait pas justice aux données. Les participants ne remettaient pas réellement en question la qualité ou l'exigence de la formation. Leurs préoccupations portaient plutôt sur l'absence perçue d'uniformisation entre les différentes écoles et sur la variabilité possible des parcours de formation. Cette réflexion m'a amenée à reformuler le sous-thème afin qu'il reflète davantage la nuance exprimée par les participants : une formation généralement perçue comme rigoureuse, mais dont l'hétérogénéité suscite certaines préoccupations.

Une réflexion méthodologique

Ce travail m'a également permis de prendre conscience d'une tendance que j'avais au début de l'analyse : présenter les résultats sous forme d'oppositions (« certains pensent A, d'autres pensent B »). Or, les relectures successives m'ont montré que les discours étaient souvent plus nuancés. Les participants ne s'opposaient pas nécessairement; ils exprimaient plutôt des préoccupations différentes à propos d'un même phénomène. J'ai progressivement cherché à construire mes sous-thèmes autour de ces nuances plutôt qu'autour d'une logique de contrastes. Cette façon de présenter les résultats me semble davantage fidèle à la complexité des discours recueillis.

Réflexion analytique – Les enjeux financiers comme obstacle à l'accès

En amorçant la rédaction de ce sous-thème, j'avais initialement tendance à centrer mon analyse sur le coût des traitements ostéopathiques. Les relectures successives des verbatims m'ont toutefois amenée à déplacer mon attention vers un phénomène plus large : celui de l'accessibilité aux soins. Les participants ne décrivaient pas uniquement les traitements comme étant coûteux; ils expliquaient surtout que les contraintes financières influençaient leurs recommandations cliniques. Plusieurs rapportaient hésiter à proposer l'ostéopathie lorsque les patients disposaient de ressources financières limitées ou avaient déjà de la difficulté à accéder à des services privés. Cette réflexion m'a conduite à reformuler le sous-thème afin qu'il mette davantage en évidence l'accès aux soins comme phénomène central plutôt que le coût des traitements lui-même.

Thème 4 – Réserves et préoccupations exprimées à l'égard de l'ostéopathie

Repenser le phénomène étudié

En amorçant la rédaction de ce thème, j'avais initialement tendance à interpréter les verbatims comme des « limites perçues de l'ostéopathie ». Les relectures successives m'ont toutefois amenée à revoir cette interprétation. Les participants ne remettaient pas

réellement en question l'ostéopathie dans son ensemble; ils exprimaient plutôt des réserves ou une plus grande prudence dans certaines situations cliniques. J'ai donc reformulé le thème afin qu'il reflète davantage les préoccupations exprimées par les participants que des limites attribuées à la profession elle-même.

Comprendre les réserves entourant l'approche viscérale

Au départ, j'interprétais les verbatims portant sur l'ostéopathie viscérale comme une forme de scepticisme. En revisitant les données, j'ai réalisé que les participants exprimaient surtout une difficulté à comprendre les mécanismes d'action de cette approche et à les intégrer à leur propre cadre de référence clinique. Cette réflexion m'a amenée à reformuler le sous-thème afin qu'il mette davantage l'accent sur cette difficulté de compréhension plutôt que sur une opposition à l'ostéopathie viscérale.

Recentrer les préoccupations liées à la sécurité clinique

En travaillant le second sous-thème, j'ai d'abord eu tendance à centrer mon analyse sur les risques associés aux techniques ostéopathiques. Les verbatims m'ont toutefois montré que les participants parlaient davantage des conditions nécessaires à une pratique sécuritaire que des techniques elles-mêmes. Ils insistaient principalement sur l'importance du jugement clinique, de la reconnaissance des drapeaux rouges, du respect des limites professionnelles et de l'identification des situations nécessitant une investigation médicale. Cette réflexion m'a conduite à recentrer le sous-thème sur les conditions d'une pratique sécuritaire plutôt que sur la sécurité des techniques elles-même

Thème 5 – Les facteurs influençant les habitudes de référencement vers l'ostéopathie

Recentrer le thème sur les déterminants du référencement

En amorçant ce thème, j'avais initialement organisé les résultats selon les comportements observés (professionnels qui réfèrent versus professionnels qui ne réfèrent pas). En revisitant les verbatims, j'ai progressivement réalisé que cette structure décrivait les comportements sans réellement expliquer les facteurs qui les sous-tendaient. J'ai donc choisi de restructurer complètement le thème afin qu'il mette en évidence les principaux déterminants des habitudes de référencement plutôt qu'une opposition entre deux groupes de professionnels.

Distinguer les facteurs institutionnels des attitudes individuelles

Au départ, j'interprétais l'absence de référencement comme une perception défavorable de l'ostéopathie. Les relectures successives m'ont toutefois permis de constater que plusieurs participants ne remettaient pas en question la profession elle-même. Leur réticence semblait davantage liée à des facteurs institutionnels, tels que l'absence d'un ordre professionnel, la faible intégration de l'ostéopathie au sein du système de santé ou encore leurs habitudes de pratique. Cette réflexion m'a amenée à reformuler le premier sous-thème afin qu'il porte sur les facteurs institutionnels limitant le référencement.

La confiance envers le praticien plutôt qu'envers la profession

L'analyse des verbatims m'a également permis d'identifier un phénomène auquel je n'avais pas porté attention au départ. Les professionnels qui rapportaient référer vers l'ostéopathie insistaient rarement sur la profession elle-même; ils faisaient plutôt référence à un ostéopathe précis qu'ils connaissaient, avec lequel ils avaient déjà collaboré ou dont ils avaient observé les résultats cliniques. Cette réflexion m'a conduite à créer un sous-thème distinct portant sur la confiance envers le praticien, phénomène qui me semble représenter un déterminant important des habitudes de référencement.

L'ostéopathie comme approche complémentaire

En retravaillant les verbatims portant sur les situations de référencement, j'ai constaté que les participants ne présentaient pas l'ostéopathie comme une solution de remplacement aux approches conventionnelles. Ils la décrivaient plutôt comme une option complémentaire, particulièrement lorsque les traitements habituellement proposés semblaient avoir atteint certaines limites ou lorsque l'évolution clinique demeurait insatisfaisante. Cette nuance m'a amenée à reformuler le sous-thème afin qu'il mette davantage l'accent sur la complémentarité des approches.

L'influence des préférences du patient

Au départ, les verbatims portant sur les croyances, les attentes et les expériences des patients me semblaient relativement disparates. En les relisant, j'ai réalisé qu'ils décrivaient tous un même phénomène : les décisions de référencement sont également influencées par les préférences exprimées par les patients. J'ai donc choisi de regrouper ces éléments dans un sous-thème unique portant sur le rôle du patient dans la décision clinique.

Réflexion intégratrice

Ce thème m'a permis de réaliser que le référencement vers l'ostéopathie constitue un processus décisionnel complexe qui ne peut être expliqué par une simple opposition entre les professionnels qui réfèrent et ceux qui ne réfèrent pas. Les décisions rapportées dans les entretiens apparaissent plutôt influencées par l'interaction de plusieurs facteurs institutionnels, relationnels, cliniques et centrés sur le patient. Cette restructuration m'a amenée à organiser les résultats autour des déterminants du référencement plutôt que des comportements observés, ce qui me semble mieux refléter le phénomène décrit par les participants.

Journal réflexif

Thème 6 – Place de l'ostéopathie dans la trajectoire de soins

Clarifier le phénomène étudié

En travaillant ce dernier thème, j'ai réalisé que le premier sous-thème mettait surtout l'accent sur l'ouverture des professionnels envers l'ostéopathie. Après plusieurs relectures, j'ai toutefois constaté que le phénomène central n'était pas simplement une attitude favorable, mais bien la place que les participants reconnaissent à l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. J'ai donc reformulé le titre afin qu'il reflète davantage cette idée de pertinence clinique plutôt qu'une simple ouverture.

Éviter la redondance entre les sous-thèmes

Les premiers sous-thèmes portaient tous deux sur une perception positive de l'ostéopathie. En revisitant les données, j'ai réalisé qu'ils répondaient en réalité à deux questions différentes. Le premier décrit la place générale que les participants accordent à l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique, tandis que le second précise la manière dont cette place est envisagée, soit comme une approche complémentaire aux interventions déjà offertes. Cette réflexion m'a permis de mieux distinguer les phénomènes étudiés et de rendre la progression du thème plus cohérente.

Recentrer les conclusions sur la description des données

Comme pour les thèmes précédents, j'ai retravaillé les conclusions des sous-thèmes afin qu'elles demeurent descriptives. J'ai retiré plusieurs formulations qui amorçaient déjà une interprétation ou une discussion des résultats pour conserver uniquement les éléments directement observés dans les entretiens. Cette démarche contribue à maintenir une distinction plus claire entre le chapitre des résultats et celui de la discussion.

Réflexion intégratrice sur l'ensemble du chapitre des résultats

En terminant le dernier thème, j'ai pris conscience que les différents thèmes construits au fil de l'analyse ne représentaient plus une simple succession de catégories issues du codage. Ils forment désormais un enchaînement logique permettant de comprendre progressivement la perception des professionnels de la santé à l'égard de l'ostéopathie. Cette restructuration s'est construite progressivement au fil des relectures et des nombreuses reformulations des titres, des sous-thèmes et des synthèses descriptives. J'ai ainsi réalisé que l'analyse qualitative consiste autant à organiser les données qu'à construire une compréhension cohérente des phénomènes étudiés.

Journal réflexif – Évolution de l'organisation des résultats (30 juin 2026)

Au cours de la relecture du thème méconnaissance , plusieurs réflexions ont émergé concernant la structuration des catégories et des sous-thèmes.

1. Délimitation des sous-thèmes

Une première réflexion a porté sur la distinction entre les différentes manifestations de la méconnaissance. Il a été nécessaire de déterminer si les difficultés à définir l'ostéopathie, à comprendre son champ de pratique, à distinguer cette profession des autres disciplines et à identifier les situations où elle peut être indiquée relevaient d'un même sous-thème ou de catégories analytiques distinctes. Cette réflexion a conduit à mieux préciser les frontières conceptuelles entre les différents sous-thèmes afin d'éviter les chevauchements.

2. Statut analytique de l'expérience personnelle

Une réflexion particulière a porté sur la place des expériences personnelles des participants avec l'ostéopathie. Il a été discuté si ces expériences constituaient elles-mêmes un facteur contribuant à la méconnaissance ou si elles représentaient plutôt une source alternative de connaissances. Cette réflexion a conduit à distinguer les connaissances acquises dans un contexte professionnel de celles construites à partir d'expériences personnelles ou de l'entourage.

*** La relecture du chapitre a également conduit à s'interroger sur le niveau de granularité des catégories analytiques. Plusieurs regroupements ont été envisagés afin de s'assurer que chaque sous-thème corresponde à un phénomène conceptuellement distinct plutôt qu'à une simple accumulation de citations portant sur une même idée. Cette démarche a permis de consolider la cohérence interne des catégories et de mieux distinguer les manifestations de la méconnaissance, ses facteurs explicatifs et les sources de connaissances rapportées par les participants.

Réflexion sur l'évolution du thème « Enjeux institutionnels »

Au cours de la relecture des résultats, une réflexion a émergé concernant l'intitulé du thème initialement nommé Enjeux institutionnels. Bien que ce titre corresponde à la structure élaborée lors des premières étapes de l'analyse, il est progressivement apparu que le contenu du thème avait évolué au fil du codage et des regroupements successifs.

En effet, les sous-thèmes retenus ne concernaient plus uniquement des enjeux institutionnels au sens strict (p. ex. l'encadrement professionnel), mais également des éléments d'une autre nature, tels que les données probantes, la formation des ostéopathes et les enjeux financiers. Cette observation a conduit à remettre en question la capacité du titre initial à représenter fidèlement l'ensemble des données regroupées sous ce thème.

Cette réflexion a amené à distinguer le contenu du thème de son étiquette. Plutôt que de conserver un intitulé devenu trop restrictif, il est apparu préférable de rechercher un titre reflétant le phénomène commun aux différents sous-thèmes. Cette démarche illustre le caractère itératif de l'analyse thématique : les catégories ne sont pas figées, mais sont continuellement réévaluées afin que leur dénomination demeure cohérente avec les données et avec l'évolution de l'interprétation.

Thème 5 – Les facteurs influençant les habitudes de référencement vers l'ostéopathie

Une première réflexion a porté sur la distinction entre deux logiques de référencement qui étaient initialement regroupées dans un même sous-thème.

Il est apparu que certains participants envisagent une référence vers l'ostéopathie lorsque les interventions habituellement proposées n'ont pas permis d'obtenir les résultats souhaités (stagnation, échec relatif, absence d'amélioration), alors que d'autres considèrent l'ostéopathie comme une approche pouvant s'ajouter aux traitements déjà en cours, indépendamment de l'échec des soins conventionnels.

Cette distinction a conduit à la création de deux sous-thèmes distincts :

Le référencement lorsque les approches habituelles atteignent leurs limites;

L'ostéopathie comme approche complémentaire.

Cette réorganisation permet de distinguer plus clairement le contexte clinique conduisant au référencement de la représentation de l'ostéopathie comme complément aux traitements déjà en place.

Parallèlement, la section portant sur les raisons expliquant l'absence de référencement a été retravaillée afin de mieux distinguer les facteurs liés à l'intégration de la profession au système de santé, à l'encadrement professionnel et aux habitudes de pratique déjà établies.

Thème 6 – Place de l'ostéopathie dans la trajectoire de soins

Une réflexion importante a également porté sur la portée réelle des sous-thèmes.

Le sous-thème « Une approche favorisant le maintien du fonctionnement et de la qualité de vie » a finalement été retiré.

Bien que certaines citations abordent ces dimensions, elles ne constituaient pas un phénomène suffisamment distinct et autonome. Plusieurs de ces idées recoupaient déjà la perception générale de la pertinence de l'ostéopathie ou relevaient davantage de la philosophie de la prise en charge de la douleur chronique que de la place spécifique attribuée à l'ostéopathie.

Le retrait de ce sous-thème permet d'obtenir une structure plus épurée et plus cohérente.

Le thème repose désormais sur deux idées principales :

Une profession jugée pertinente dans la prise en charge de la douleur chronique;

Une intégration souhaitée aux équipes interdisciplinaires.

Cette réorganisation clarifie la distinction entre :

la place clinique reconnue à l'ostéopathie;

sa place organisationnelle au sein des équipes interdisciplinaires.

Réflexion générale

Une réflexion plus large sur l'ensemble du chapitre a également conduit à simplifier plusieurs éléments de la structure des résultats.

Cette démarche a consisté à se demander, pour chaque sous-thème et chaque synthèse, si ceux-ci apportaient une information nouvelle ou s'ils répétaient simplement des idées déjà présentées.

Cette révision a conduit à supprimer certains éléments moins centraux et à déplacer d'autres informations vers des sections où elles étaient davantage en cohérence avec le phénomène étudié.

L'objectif n'était plus de conserver toutes les idées issues des entretiens, mais plutôt de mettre en évidence les phénomènes les plus robustes et les mieux soutenus par les données.

Enfin, une réflexion a été menée concernant les introductions des thèmes. Il a été décidé de ne conserver une introduction que lorsqu'elle apporte une véritable valeur ajoutée au lecteur, par exemple en annonçant le phénomène général étudié ou en assurant une transition entre deux thèmes. Cette décision permet d'alléger le texte et d'éviter les répétitions inutiles.

Journal réflexif – 4 juillet 2026

La réflexion d'aujourd'hui a principalement porté sur la structure de la discussion et sur la façon d'interpréter les résultats au-delà d'une simple comparaison avec les études antérieures.

L'un des constats importants a été de reconnaître que la discussion ne devrait pas uniquement démontrer que les résultats sont cohérents avec la littérature, mais surtout chercher à comprendre ce qu'ils révèlent de nouveau. Cette distinction entre comparaison et interprétation est apparue comme un élément clé de la rédaction.

Nous avons particulièrement travaillé le thème portant sur la méconnaissance de l'ostéopathie. Initialement, l'idée était surtout de montrer que les résultats confirmaient les observations de Paubert et de Youn concernant le faible niveau de connaissance de l'ostéopathie chez les professionnels de la santé. Toutefois, la réflexion a permis de constater que les données recueillies apportent une compréhension plus nuancée de cette méconnaissance.

Les résultats montrent que cette méconnaissance ne constitue pas un phénomène uniforme. Elle prend différentes formes : incapacité à définir l'ostéopathie, représentation réductrice centrée sur les manipulations, difficulté à identifier le champ de pratique, incapacité à reconnaître les indications de référence et confusion avec d'autres professions. Cette idée constitue vraisemblablement une contribution originale de l'étude puisqu'elle décrit concrètement les manifestations de cette méconnaissance plutôt que de simplement constater son existence.

Nous avons également discuté du fait que cette connaissance limitée ne semble pas uniquement relever d'un manque d'information individuelle. Elle paraît aussi influencer la capacité des professionnels à situer l'ostéopathie dans une trajectoire de soins collaborative. Cette réflexion rejoint les travaux de D'Amour et Oandasan sur l'interprofessionnalité, où la connaissance des rôles constitue une condition préalable à la collaboration.

Une autre réflexion importante a porté sur la distinction entre formation, visibilité professionnelle et légitimité institutionnelle. Au départ, ces idées étaient envisagées comme un même ensemble. En revisitant la recension des écrits, il est toutefois apparu que la formation occupe une place moins centrale que je le croyais. La discussion devrait donc

davantage mettre l'accent sur la visibilité de la profession et sur les mécanismes qui favorisent ou limitent sa reconnaissance par les autres professionnels.

Nous avons ensuite travaillé le thème des enjeux institutionnels, particulièrement la question du remboursement et de l'encadrement professionnel. Une idée nouvelle a émergé : les enjeux financiers ne concernent pas uniquement l'accessibilité des soins. Ils participent également à la reconnaissance institutionnelle de la profession. L'absence de financement public et de mécanismes institutionnels contribue à maintenir l'ostéopathie en périphérie du système de santé, ce qui influence indirectement la confiance et les habitudes de référencement des autres professionnels.

Enfin, nous avons réfléchi à la conclusion de la discussion. Plutôt que de terminer uniquement sur les limites ou les recommandations habituelles, l'idée d'une ouverture vers le contexte actuel de l'ostéopathie au Québec est apparue particulièrement pertinente. Les changements réglementaires en cours offrent l'occasion de replacer les résultats dans une perspective plus large et de montrer que les perceptions recueillies reflètent une profession en pleine évolution.

Cette journée de travail a permis de clarifier la logique de la discussion. Les résultats ne seront plus présentés comme une succession de confirmations de la littérature, mais comme des observations permettant de mieux comprendre les mécanismes qui influencent la place de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur chronique. L'objectif devient ainsi davantage explicatif qu'uniquement descriptif.

Journal réflexif – Discussion (Axe 1, Axe 2 et amorce de l'Axe 3)

La séance de travail d'aujourd'hui a permis une évolution importante de la structure interprétative de la discussion. L'objectif n'était plus seulement d'établir des parallèles entre les résultats et la littérature, mais de mieux identifier la contribution propre de cette étude et de construire une argumentation plus intégrée.

Axe 1 – Définitions, connaissances et représentations de l'ostéopathie

Le premier travail a consisté à clarifier la manière dont les facteurs identifiés dans les résultats (faible exposition à l'ostéopathie durant la formation, peu d'interactions professionnelles, faible visibilité de la profession) peuvent contribuer à expliquer la compréhension partielle observée chez les participants. Nous avons reformulé l'interprétation afin de montrer que, faute d'une exposition professionnelle suffisante, les perceptions des professionnels semblent principalement se construire à partir de repères personnels, notamment leurs propres expériences comme patients ou celles de leur entourage.

Nous avons ensuite approfondi la comparaison avec la définition de l'OMS (2010). Une réflexion importante a émergé : les participants reconnaissent relativement bien certains fondements philosophiques de l'ostéopathie, notamment la globalité et l'approche centrée sur la personne, mais leur représentation demeure partielle puisqu'elle laisse largement de côté des dimensions centrales telles que le raisonnement clinique, les relations structure-fonction, le rôle diagnostique du contact manuel et les mécanismes d'autorégulation.

Cette réflexion a conduit à distinguer deux niveaux de compréhension : les principes généraux de la profession semblent relativement connus, alors que les fondements conceptuels et cliniques apparaissent beaucoup moins maîtrisés.

Nous avons ensuite développé une interprétation concernant les représentations de la globalité. Les résultats montrent que cette notion constitue le principal point de convergence entre les participants et la définition de l'OMS (2010), tout en révélant une grande diversité de significations. Cette diversité a ensuite été mise en perspective avec les travaux de L'Hermite (2020) et de Thomson et al. (2014). Une idée importante s'est progressivement imposée : la compréhension partielle observée ne découle probablement pas uniquement d'un manque de connaissances, mais également de la complexité intrinsèque de l'ostéopathie elle-même, dont les conceptualisations demeurent plurielles selon les écoles de pensée et les modèles de pratique.

Nous avons également approfondi la réflexion autour de l'approche viscérale. Les résultats montrent que les professionnels reconnaissent plus facilement les dimensions musculosquelettiques de l'ostéopathie, probablement parce qu'elles s'inscrivent davantage dans des cadres conceptuels déjà partagés avec leur propre profession. Cette réflexion a été enrichie par les travaux de Sharp et al (2018) , Gaboury et al. (2009) et Chung et al. (2012), permettant de distinguer deux niveaux d'interprétation : d'une part, les différences de cadres conceptuels entre biomédecine et médecines complémentaires; d'autre part, les enjeux linguistiques qui rendent certaines notions, notamment celles liées au viscéral, plus difficiles à traduire dans un langage clinique commun.

Enfin, nous avons retravaillé le lien avec D'Amour et Oandasan afin de montrer que la connaissance d'une profession constitue une condition importante de la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, nous avons choisi de rester prudents afin de ne pas extrapoler au-delà des données recueillies.

Axe 2 – Les fondements de la confiance accordée à l'ostéopathie

Le travail réalisé sur le deuxième axe a profondément modifié notre compréhension de celui-ci.

Au départ, les différents sous-thèmes (données probantes, ordre professionnel, formation, financement et sécurité) étaient envisagés comme des thèmes relativement indépendants.

Progressivement, une idée centrale s'est imposée : ces éléments remplissent tous une même fonction. Ils constituent différents repères que les professionnels mobilisent afin de développer une confiance suffisante envers l'ostéopathie.

Cette réflexion a conduit à restructurer les transitions entre les différentes sections afin de montrer que les données probantes, l'encadrement professionnel, la formation et la sécurité représentent différentes formes de garanties recherchées par les professionnels lorsqu'ils évaluent cette profession.

Concernant les données probantes, nous avons également nuancé leur rôle. Les résultats ne montrent pas que les professionnels recherchent uniquement des preuves d'efficacité; ils semblent plutôt souhaiter disposer de repères leur permettant d'identifier les indications, les bénéfices attendus et les limites de l'ostéopathie afin de guider leurs décisions cliniques. La réflexion de la MD-2 a ensuite permis d'introduire une discussion épistémologique sur les limites méthodologiques associées à l'évaluation d'interventions complexes et individualisées comme l'ostéopathie.

Pour la section portant sur l'encadrement professionnel, nous avons progressivement déplacé l'interprétation. Les résultats montrent que les participants accordent effectivement une grande importance à l'existence d'un ordre professionnel, mais surtout parce qu'il constitue une garantie de compétence, de protection du public et de confiance dans les décisions de référencement.

Un apport important de cette étude est également apparu concernant la formation. Contrairement à ce que laisse parfois entendre la littérature, les participants ne remettent que rarement en question la qualité de la formation ostéopathique. Leurs préoccupations concernent plutôt la difficulté à comprendre les différents parcours de formation ainsi que les exigences qui les encadrent. Cette distinction constitue probablement une contribution originale de l'étude, puisqu'elle montre que les interrogations portent moins sur les compétences des ostéopathes que sur les repères permettant d'en apprécier la qualité.

Nous avons également revu l'interprétation concernant la sécurité. Plutôt que de traiter celle-ci comme un thème indépendant, nous avons proposé qu'elle puisse être comprise comme une conséquence de la confiance accordée aux garanties scientifiques, professionnelles et institutionnelles précédemment discutées. Les préoccupations relatives à la sécurité semblent ainsi refléter le besoin des professionnels de disposer de garanties suffisantes avant d'intégrer l'ostéopathie à leur pratique.

Enfin, une réflexion importante est apparue concernant les enjeux financiers. Nous avons choisi de rester très près des données en évitant d'interpréter directement le financement comme un enjeu de reconnaissance professionnelle. Les participants parlent avant tout du coût des traitements et de son influence sur l'accessibilité ainsi que sur leurs habitudes de référencement.

Axe 3 – Vers une réflexion sur l'intégration de l'ostéopathie

La dernière partie de la journée a été consacrée à une réflexion plus conceptuelle sur la structure du troisième axe.

Une première intuition consistait à centrer ce thème sur les mécanismes de référencement. Cependant, au fil des échanges, une idée plus large est apparue. Les résultats montrent que les professionnels expriment majoritairement une ouverture envers l'ostéopathie, reconnaissent sa pertinence dans la prise en charge de la douleur chronique et souhaitent une plus grande intégration de cette profession au sein des équipes interdisciplinaires. Pourtant, leurs pratiques de référencement demeurent souvent prudentes, contextualisées et reposent largement sur la confiance accordée à des ostéopathes particuliers plutôt qu'à la profession dans son ensemble.

Cette apparente tension pourrait constituer la principale contribution du troisième axe. Elle suggère que l'ouverture conceptuelle envers l'ostéopathie ne se traduit pas encore pleinement dans les pratiques collaboratives, possiblement en raison du contexte québécois actuel, marqué par une intégration encore limitée de la profession dans le système de santé.

Une réflexion plus théorique est ensuite apparue à partir des travaux de Lai et al. (2024). Plutôt que d'utiliser cette littérature pour expliquer une résistance des professionnels — résistance peu présente dans nos résultats — nous avons envisagé une autre lecture. Les résultats pourraient plutôt inviter à réfléchir aux conditions dans lesquelles une intégration plus importante de l'ostéopathie pourrait se réaliser. Cette intégration constitue-t-elle un processus neutre ou pourrait-elle s'accompagner d'attentes implicites invitant l'ostéopathie à adopter davantage les cadres conceptuels, les normes et le langage de la biomédecine? Cette réflexion, qui dépasse les données tout en demeurant cohérente avec celles-ci, pourrait constituer une ouverture particulièrement riche en conclusion du mémoire.

Réflexion personnelle

Cette journée de travail a marqué un tournant important dans la rédaction de la discussion. Plutôt que de juxtaposer les résultats et la littérature, l'objectif est progressivement devenu de faire émerger un véritable fil conducteur reliant les différents axes du mémoire. Une attention particulière a été portée à distinguer ce qui relève directement des résultats, ce qui constitue une interprétation plausible et ce qui demeure une ouverture théorique. Cette distinction me semble essentielle pour conserver la rigueur scientifique de la discussion tout en proposant une réflexion originale sur les conditions actuelles d'intégration de l'ostéopathie dans le système de santé québécois.

Journal réflexif

5 au 8 juillet 2026

Au cours des derniers jours, le travail a principalement porté sur l'approfondissement de la discussion, la structuration de la conclusion du mémoire ainsi que l'identification des forces et des limites de l'étude. Plusieurs échanges ont conduit à faire évoluer certaines interprétations des résultats et à préciser la contribution scientifique du mémoire.

L'une des réflexions les plus importantes concerne l'évolution de mon interprétation générale des résultats. Au début de la rédaction de la discussion, j'avais tendance à considérer que la principale conclusion de l'étude résidait dans la méconnaissance de l'ostéopathie par les professionnels de la santé. Au fil des échanges, cette interprétation est apparue trop réductrice. Les résultats montrent certes une connaissance souvent partielle de la profession, mais ils révèlent également une ouverture largement favorable à son égard. Cette réflexion m'a amenée à considérer que le principal enjeu ne réside peut-être plus dans l'acceptabilité de l'ostéopathie, mais davantage dans les conditions permettant de transformer cette ouverture en collaborations interprofessionnelles durables et en pratiques de référencement plus systématiques. Cette idée est progressivement devenue le fil conducteur de l'ensemble de la discussion.

Cette réflexion a également conduit à revoir complètement la structure du troisième axe de discussion. Initialement centré sur les mécanismes de référencement, celui-ci a été réorganisé autour d'une tension observée dans les résultats : d'un côté, les professionnels reconnaissent largement la pertinence de l'ostéopathie, souhaitent une plus grande intégration de cette profession et la considèrent comme un complément pertinent dans la prise en charge de la douleur chronique; de l'autre, leurs pratiques de référencement demeurent relativement prudentes et limitées. Cette tension est apparue comme un élément interprétatif central du mémoire. Plutôt que d'opposer ouverture et réticence, cette nouvelle lecture permet de montrer que les intentions favorables ne se traduisent pas encore pleinement dans les pratiques cliniques.

Les discussions ont également permis d'approfondir l'interprétation de cette tension en la mettant en relation avec le contexte québécois actuel. Sans pouvoir établir de lien causal, il apparaît plausible que l'absence d'un cadre réglementaire pleinement établi ainsi que la faible intégration de l'ostéopathie au sein du réseau de la santé contribuent à limiter la construction de mécanismes de confiance plus institutionnalisés. Cette interprétation est demeurée prudente et constamment ancrée dans les résultats, tout en permettant de proposer une lecture plus intégrative de l'ensemble des thèmes abordés.

Une autre réflexion importante a porté sur la notion d'intégration de l'ostéopathie au système de santé. À la lumière du rapport de Lai et al. (2024), l'intégration des médecines complémentaires ne constitue pas un processus neutre. Elle peut s'accompagner d'attentes implicites visant une plus grande conformité aux cadres conceptuels et aux normes de la biomédecine. Cette réflexion m'a amenée à considérer que l'intégration souhaitée par plusieurs participants pourrait également soulever des enjeux identitaires pour

l'ostéopathie. Cette idée n'est pas présentée comme un résultat de l'étude, mais comme une piste interprétative ouvrant une réflexion plus large sur l'évolution de la profession.

Cette réflexion s'est ensuite prolongée dans la rédaction de la conclusion générale du mémoire. Il est apparu pertinent de présenter cette étude comme un portrait des perceptions des professionnels de la santé réalisé à un moment charnière de l'évolution de l'ostéopathie au Québec. Les transformations actuellement annoncées, notamment le développement de formations universitaires et les démarches entourant l'encadrement professionnel de la profession, pourraient modifier les perceptions des professionnels au cours des prochaines années. Cette idée conduit naturellement à proposer la reproduction de cette étude dans quelques années afin d'évaluer l'influence de ces changements sur les collaborations interprofessionnelles et sur la place accordée à l'ostéopathie dans les trajectoires de soins.

Enfin, une réflexion importante a également porté sur la structure même du mémoire. Les échanges ont conduit à distinguer plus clairement les éléments relevant de la méthodologie (rigueur, réflexivité, stratégies visant à limiter les biais) de ceux relevant des forces et des limites de l'étude. Cette distinction permet de mieux différencier les choix méthodologiques effectués pendant la recherche du regard critique porté a posteriori sur les résultats et leur portée. Plusieurs limites ont ainsi été précisées, notamment celles liées au recrutement volontaire, à la diversité des professions représentées, à la durée des entretiens, au caractère évolutif des perceptions étudiées ainsi qu'au contexte particulier dans lequel cette recherche a été réalisée.

Réorganisation des thèmes et consolidation de l’analyse

L’un des changements les plus importants apportés au cours de la rédaction a concerné la structure même des résultats et de la discussion. Lors des premières analyses, les données avaient été organisées en six thèmes distincts. Bien que cette organisation reflétât adéquatement le processus initial de codification, elle fragmentait plusieurs phénomènes qui, à la lumière des relectures successives du corpus, apparaissaient intimement liés.

Les nombreux allers-retours entre les verbatims, les codes, les thèmes, les cartes conceptuelles et la littérature scientifique m’ont progressivement amenée à revoir cette organisation. Certains thèmes se chevauchaient, tandis que d’autres représentaient davantage des dimensions d’un même phénomène que des thèmes indépendants. Après plusieurs révisions, les résultats ont finalement été restructurés autour de trois grands thèmes interprétatifs : (1) Comprendre l’ostéopathie : connaissances et représentations, (2) Les enjeux entourant l’exercice de l’ostéopathie et (3) La place de l’ostéopathie dans la trajectoire de soins et les pratiques de référencement. Cette nouvelle structure permettait de mieux rendre compte de la logique interne du corpus et des relations existant entre les différents éléments du discours des participants.

Cette réorganisation des résultats a également entraîné une refonte importante du chapitre de discussion. Dans une première version, la discussion suivait essentiellement la même logique que les résultats en abordant séparément chacun des thèmes. Toutefois, au fil des analyses, il est apparu plus pertinent de dépasser cette approche descriptive afin de dégager les mécanismes sous-jacents reliant les différents constats. La discussion a donc été entièrement restructurée autour de trois axes interprétatifs transversaux, permettant de mettre en dialogue l'ensemble des résultats avec la littérature scientifique plutôt que de les commenter successivement.

Cette évolution témoigne du caractère profondément itératif de l’analyse qualitative. Les thèmes n’ont pas été considérés comme des catégories fixes, mais comme des constructions interprétatives ayant évolué au rythme des relectures du corpus, des discussions avec les personnes impliquées dans la recherche et de la maturation de ma compréhension du phénomène étudié. Avec le recul, cette réorganisation a permis de produire un mémoire plus cohérent, où les résultats et leur interprétation s'articulent autour d'une logique conceptuelle plus intégrée plutôt que d'une simple succession de catégories descriptives.

ANNEXE 5

Formulaire de consentement

Titre du projet

Quelles sont les perceptions des professionnelles de la santé en ce qui a trait du rôle des ostéopathes dans la prise en charge de la douleur chronique ?

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet d'étude de Mathilde Gouin Lamarche, dirigé par Diego Legrand (directeur scientifique) et Anaïs Beaupré (superviseur de mémoire) à l'école d'ostéopathie ENOSI.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, ses avantages, ses risques et ses inconvénients. N'hésitez surtout pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Nature de l'étude

La recherche a pour but d'étudier les perceptions des professionnelles de la santé en ce qui a trait à la prise en charge de la douleur chronique, par les ostéopathes.

Déroulement de la participation

Votre implication dans cette recherche consiste à participer à une entrevue semi-dirigée, d'une durée de 20 minutes, sur *zoom*. L'entrevue sera enregistrée et retranscrite à l'aide du logiciel Happy Scribe et les éléments suivants seront abordés :

- Vos habitudes en matière de référencement, en ce qui a trait à vos patients souffrant de douleur chronique
- Votre compréhension, vos connaissances et vos craintes en lien avec l'ostéopathie
- Votre expérience de collaboration avec d'autres professionnels de la santé
- Les éléments qui influencent votre décision de référer (ou non) un patient en ostéopathie

Confidentialité

Toutes les informations recueillies lors de cette entrevue seront traitées de manière strictement confidentielle.

- Votre nom ne paraîtra dans aucun rapport, publication ou présentation.
- Tous les documents liés à la recherche seront codifiés, et votre nom ne figurera plus dans ces documents. La liste permettant d'associer les noms aux codes sera conservée séparément et de manière sécurisée par la chercheuse, uniquement au besoin (par exemple pour l'envoi de la transcription à valider).
- L'entrevue sera enregistrée (audio seulement) afin de faciliter la transcription et l'analyse.
- Les enregistrements seront transcrits puis anonymisés : aucun nom, lieu ou détail permettant de vous identifier ne sera conservé dans les données analysées ni dans les résultats.
- Seules les personnes directement impliquées dans l'analyse qualitative auront accès aux enregistrements et aux transcriptions anonymisées.
- Les fichiers audio et les transcriptions seront conservés de manière sécurisée (ex. : disque dur protégé par mot de passe) pendant une période de six mois à la fin de la recherche, puis détruits de façon définitive.
- Aucun résultat individuel ne sera communiqué ; seules des données globales, thématiques ou regroupées seront présentées.
- Les résultats pourront faire l'objet de publications scientifiques, mais aucun participant ne pourra être identifié.

Avantages et risques liés à la participation

Votre participation à cette étude vous offre l'occasion de partager vos réflexions et votre expérience professionnelle concernant la prise en charge de la douleur chronique par des ostéopathes. Cette contribution pourrait enrichir la compréhension interprofessionnelle et soutenir la progression des pratiques collaboratives en santé. Bien qu'il n'y ait aucun avantage direct pour vous, votre point de vue aidera à documenter une réalité encore peu explorée.

Les risques associés à votre participation sont très faibles. Il se pourrait que certaines questions vous amènent à réfléchir sur des aspects sensibles ou personnels de votre pratique, ce qui pourrait générer un léger inconfort. Vous demeurez toutefois libre de ne pas répondre à certaines questions ou de mettre fin à votre participation à tout moment, sans aucune conséquence. Toutes les mesures seront prises pour assurer votre confort et votre confidentialité tout au long du processus.

Droit de retrait

Votre participation est **entièrement volontaire**.

- Vous êtes libre de refuser de participer, de ne pas répondre à certaines questions ou de mettre fin à l'entretien à tout moment, sans avoir à vous justifier.
- Vous pouvez également **retirer votre consentement après l'entrevue**, tant que les données n'ont pas été analysées ou utilisées dans une publication. Dans un tel cas, vos données seront **supprimées sans conséquence**.
- Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheure dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____consens librement à participer à la recherche intitulée : « Quelles sont les perceptions des professionnelles de la santé en ce qui à trait à la prise charge, par les ostéopathes, de la douleur chronique ? ».

J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, des précisions et des réponses que la chercheure m'a fournies,quant à ma participation à ce projet.

_____ _____

Signature du participant (e) Date

Un résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse électronique à laquelle ils aimeraient recevoir le document. **Les résultats ne seront pas disponibles avant le 10-2026.**

L'adresse électronique ou postale à laquelle je souhaite recevoir un résumé des résultats de la recherche est la suivante :

_____

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant.J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'aivérifié la compréhension du participant.

_____ _____

Signature de la chercheure Date

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Mathilde Gouin Lamarche, au numéro de téléphone suivant : ((514) 914-4194, ou à l'adresse courriel suivante : osteomathildegl@gmail.com. Vous pouvez aussi communiquer en tout temps avec le directeur scientifique de ENOSI (Diego LEGRAND) à l'adresse : recherche@enosi.ca ou au (514) 430-4966.

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au département de recherche de ENOSI : recherche@enosi.ca

Copie du participant