

Université de Sherbrooke

**Collaboration interprofessionnelle entre médecins et ostéopathes impliqués auprès de
la clientèle pédiatrique au Québec**

Par
Chantal Morin
Programme de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph. D.)
en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada
Mars 2017

Membres du jury d'évaluation

Catherine Hudon, MD, Ph.D., présidente du jury, Département de médecine de famille et
de médecine d'urgence

Isabelle Gaboury, Ph.D., directrice, Département de médecine de famille et de médecine
d'urgence

Johanne Desrosiers, erg., Ph.D., co-directrice, École de réadaptation

Mario Roy, Ph.D., évaluateur externe au programme, Département de management et de
gestion des ressources humaines, École de gestion, Université de Sherbrooke

Anne Leis, Ph.D., évaluatrice externe à l'Université, Département de santé communautaire
et épidémiologie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan

© Chantal Morin, 2017

RÉSUMÉ

Collaboration interprofessionnelle entre médecins et ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec

Par
Chantal Morin
Programme de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de philosophiae doctor (Ph.D.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

L'ostéopathie connaît une popularité croissante au Québec. Cependant, la collaboration interprofessionnelle (CIP) entre les médecins et les ostéopathes est un phénomène relativement nouveau et encore peu étudié. Cette étude mixte séquentielle explicative vise à : 1) décrire la situation actuelle au Québec en termes de collaboration entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique et 2) explorer les facteurs facilitants et les barrières à la CIP. **Méthodologie** : Le volet quantitatif a été réalisé à l'aide de questionnaires postaux destinés à tous les médecins et ostéopathes œuvrant auprès d'une clientèle pédiatrique. Vingt et un entretiens semi-dirigés ont par la suite été réalisés. Les données recueillies dans les questionnaires ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives et de modèles de régression alors qu'une analyse thématique a été effectuée pour le contenu des entretiens. **Résultats** : Au total, 274 médecins (14 %) et 297 ostéopathes (42 %) ont complété les questionnaires. Dix de ces médecins et 11 ostéopathes ont participé aux entretiens. Les références en ostéopathie sont associées à la présence d'une relation professionnelle (rapport de cote (RC) 4,10 (intervalle de confiance (IC) à 95 % 2,12; 7,95), $p < 0,001$), aux consultations personnelles (RC 2,58 (IC 95 % : 1,35; 4,93), $p = 0,004$), à la pratique en milieu non hospitalier (RC 1,89 (IC 95 % : 1,03; 3,47), $p = 0,040$) et à la connaissance du rôle de l'ostéopathe (RC 1,22 (IC 95 % : 1,01 ; 1,47), $p = 0,042$). Les facteurs facilitants additionnels mentionnés sont les expériences positives rapportées par les parents, la formation antérieure en santé et l'expertise en pédiatrie de l'ostéopathe, le respect des limites professionnelles et la complémentarité des soins, la sécurité perçue de l'ostéopathie ainsi que les demandes de communications interprofessionnelles émises par les parents. Le langage, la difficulté de vulgarisation, le contexte organisationnel et légal, l'incertitude quant aux rôles, la rareté des interactions interprofessionnelles et les données probantes limitées dans le domaine ostéopathique constituent les principales barrières à la CIP. **Conclusion** : Une certaine collaboration existe déjà entre les médecins et ostéopathes, mais l'optimisation de cette collaboration pose encore plusieurs défis. Dans le contexte actuel de processus d'encadrement de la profession d'ostéopathe par l'Office des professions du Québec et de la création d'un premier programme universitaire, ces résultats pourront guider les efforts visant la promotion d'une collaboration productive et des soins sécuritaires axés sur le patient. **Mots clés** : Collaboration interprofessionnelle, communication, médecins, ostéopathes, ostéopathie, pédiatres, pédiatrie, références.

SUMMARY

Interprofessional collaboration between physicians and osteopaths involved with pediatric population in Quebec

By
Chantal Morin
Clinical sciences Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Doctor of Philosophy in Clinical Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Osteopathy is growing in popularity in Quebec. Interprofessional collaboration (IPC) between physicians and osteopaths is a new phenomenon and information about it is scarce. This explanatory sequential mixed-methods study aimed to 1) describe current collaborative practices between physicians and osteopaths involved with pediatric patients and 2) explore enablers of and barriers to the development of IPC. **Methods:** Postal questionnaires about collaborative practices were first sent to all physicians and osteopaths working with pediatric patients in Quebec. Semi-structured individual interviews were then conducted with a subset of 21 participants. The data collected in the questionnaires were analyzed using descriptive statistics and regression models, while a thematic analysis was carried out for the content of the interviews. **Results:** A total of 274 physicians (14%) and 297 osteopaths (42%) completed the survey while 10 of those physicians and 11 osteopaths were purposely selected for interviews. Osteopathic referral was positively associated with having a professional relationship (odds ratio [OR] 4.10 (95% confidence interval [CI] 2.12; 7.95), $p < 0.001$), personal consultation (OR 2.58 (95% CI 1.35; 4.93), $p = 0.004$), community-based practice (OR 1.89 (95% CI 1.03; 3.47), $p = 0.040$), and knowledge about role of osteopathy (OR 1.22 (95% CI 1.01; 1.47), $p = 0.042$). Additional enablers identified by respondents include: positive experiences reported by parents; the osteopath having had pediatric experience or previous training as an allied health practitioner; mutual respect for professional boundaries and complementarity; perceived safety of osteopathy; and parents' requests for interprofessional communication. The main barriers to IPC include: language; difficulties communicating findings of osteopathic palpation assessment; organizational and legal contexts; uncertainty regarding one another's roles, lack of interprofessional interactions; and limited scientific evidence. While some collaboration currently exists between physicians and osteopaths, optimizing these relationships and interactions still poses several challenges. In the current context of the pending regulation and standardization of osteopathic training in Quebec, these results could be used to guide efforts to promote productive collaboration and safe patient-oriented care.

Key words: Interprofessionnal collaboration, communication, physicians, osteopaths, osteopathy, pediatricians, pediatrics, referrals.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	II
Summary.....	III
Liste des tableaux	VII
Liste des figures.....	VIII
Liste des abréviations	IX
Remerciements	XII
Introduction.....	1
Chapitre 1 Problématique	3
Chapitre 2 Modèle conceptuel	8
Chapitre 3 Recension des écrits.....	13
3.1 Connaissance des paramètres de pratique en ostéopathie par les médecins.....	13
3.2 Communication	15
3.2.1 Références.....	15
3.2.2 Communication et relations professionnelles.....	18
3.3 Facteurs facilitants et barrières à la collaboration	22
3.4 Conclusion de la recension des écrits	24
Chapitre 4 Objectifs de l'étude	26
Chapitre 5 Méthodologie	27
5.1 Dispositif de recherche	27
5.2 Volet quantitatif.....	28
5.2.1 Population à l'étude et taille d'échantillon	28
5.2.2 Échantillonnage et procédure de recrutement.....	28
5.2.3 Outils et collecte de données	30
5.2.4 Analyses des données	31
5.3 Volet qualitatif.....	32
5.3.1 Participants, échantillonnage et procédure de recrutement	32
5.3.2 Outils et collecte de données	35
5.3.3 Analyses et interprétation des données.....	36
5.3.4 Rigueur	37

5.4	Qualité d'inférence et validité des méta-inférences propre au devis mixte séquentiel explicatif	38
5.5	Considérations éthiques	39
Chapitre 6	Résultats	40
6.1	Interprofessional collaboration between physicians and osteopaths for paediatric population: What is the situation in Quebec?	41
6.2	Enablers and barriers to the development of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths: a mixed methods study.....	59
6.3	When, why, and how osteopaths and physicians communicate: lessons learned from the results of a mixed methods study	88
6.4	Représentation illustrative des principaux résultats de l'étude	110
Chapitre 7	Discussion	111
7.1	Discussion intégrée des résultats	111
7.1.1	La collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes	111
7.1.1.1	Type de pratique de collaboration en présence	112
7.1.1.2	Références	113
7.1.1.3	Connaissances des paramètres de pratique et du rôle de l'ostéopathie	115
7.1.1.4	Facteurs facilitants et barrières à la CIP médecins/ostéopathes	117
7.1.1.5	Communication	121
7.1.1.6	Représentativité des participants	122
7.1.2	Illustration spécifique de la CIP entre les médecins et les ostéopathes	122
7.1.2.1	Rôle du patient.....	123
7.1.2.2	Communication	124
7.1.2.3	Paramètres de pratique et prestation de service.....	127
7.1.2.4	Développement de la confiance.....	128
7.2	Forces et limites.....	129
7.3	Retombées de l'étude.....	132
7.3.1	Retombées cliniques, administratives et pédagogiques.....	132
7.3.2	Retombées pour la recherche.....	134
Conclusion	136
Liste des références	138
Annexes	151
Annexe 1	Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelles en santé et services sociaux	152

Annexe 2	Questionnaire médecins	154
Annexe 3	Questionnaire ostéopathes	159
Annexe 4	Guide d'entretien	166
Annexe 5	Autorisation du comité d'éthique de la recherche.....	169
Annexe 6	Formulaire de consentement	173
Annexe 7	Document d'information à l'intention des médecins	180
Annexe 8	Liste des communications	188

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux de l'article 1

Table 1	Characteristics of participants.....	48
Table 2	Physicians' general knowledge about osteopathic practice parameters and belief in the active role of osteopathy for specific pediatric conditions (n = 274).....	49
Table 3	Communication aspects including relationship, referrals and communication methods	51
Table 4	Factors associated with osteopathic referrals by physicians.....	52

Tableaux de l'article 2

Table 1	Initial interview guide.....	66
Table 2	Current level of collaboration perceived by osteopaths (n = 297).....	68
Table 3	Main themes emerging from the qualitative phase.....	70

Tableaux de l'article 3

Table 1	Characteristics of participants.....	95
Table 2	Person who should initiate communication.....	100

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle collaboratif de prestation et d'accès direct aux soins musculo-squelettiques en première ligne.	10
Figure 2	Matrice d'échantillonnage raisonné des médecins pour les entretiens qualitatifs	34
Figure 3	Diagramme d'échantillonnage raisonné des ostéopathes pour les entretiens qualitatifs	35
Figure 4	Illustration intégrative de la collaboration médecins/ostéopathes pour la clientèle pédiatrique.....	110

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CI	Confidence interval
CIP	Collaboration interprofessionnelle
MC	Médecines complémentaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds ratio
IC	Intervalle de confiance
RC	Rapport de cote

À tous les enfants que j'ai rencontrés dans ma pratique et qui m'ont tant inspirée.

Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite.
- Henry Ford -

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier mon équipe de direction, Isabelle et Johanne. Sans Isabelle, cette étude n'aurait jamais pris vie. Merci d'avoir cru dès les premiers instants à mon potentiel et d'avoir enrichi constamment mon savoir et ma vision sur l'importance que représente l'étude de la collaboration entre les praticiens de la médecine conventionnelle et ceux des MC tels que l'ostéopathie. Merci à Johanne de m'avoir fait apprécier la richesse incontestée de la rigueur et de la satisfaction du travail accompli au quotidien. Vous avez été toutes deux des inspirations exceptionnelles. Ce fut un plaisir d'apprendre et de travailler avec vous. Je désire également souligner l'apport important des membres du comité d'encadrement, Caroline Pesant et Frances Gallagher. Leur appui chaleureux et pertinent à différentes étapes de l'étude a été grandement utile et apprécié.

Merci aux organismes subventionnaires qui m'ont soutenue au cours de ce doctorat : le Fonds de recherche en santé du Québec (FRQ-S), le Canadian CAM Research Fund, le Programme de bourses aux études supérieures de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et le Centre de recherche du CHUS – axe Santé : population, organisation, pratiques.

J'aimerais remercier ma grande amie et collaboratrice Andrée Aubin qui ne cesse de m'étonner par sa générosité dans le partage de ses innombrables savoirs et de sa bienveillance. Merci également aux membres de la communauté ostéopathique québécoise et internationale pour m'avoir soutenu, inspiré et insufflé l'énergie pour continuer dans les moments plus difficiles. Un clin d'œil spécial à mes collègues et amis Louise Collette, Alain Bouchard, Suzanne Dufresne, Nolwenn Lefebvre, Isabelle Hue, Nicole Spino et Paul Orrock. Merci aux professeurs et étudiants du Centre ostéopathique du Québec pour avoir été des témoins enthousiastes de l'évolution de cette étude. À mes collègues et amis de l'école de réadaptation et de la faculté, merci de votre écoute, de vos encouragements et de votre sollicitude. Merci à Stéphanie Ayotte pour son apport technique et son amitié.

J'aimerais également exprimer ma gratitude aux membres de ma famille : pour m'avoir encouragée à poursuivre mes rêves, mes projets et mes aspirations, mes parents Gisèle et Aurèle; pour sa généreuse disponibilité à réviser des textes de dernière minute et recevoir mes enfants à déjeuner pendant les nombreuses périodes de *rush*, Céline; pour sa gentillesse, son regard critique et ses nombreuses attentions culinaires, Ariane; pour leur affection inconditionnelle, leur grande patience, leur tendresse et leur joie de vivre, mes enfants Gabrielle et Émile, ainsi que mon indispensable conjoint, Jean.

Finalement, un grand merci à tous les participants de l'étude, favorables ou non à la pratique de collaboration entre les médecins et ostéopathes pour la clientèle pédiatrique car votre participation a assurément enrichi la compréhension de ce phénomène nouveau et ouvert la voie à l'amélioration constante des soins aux petits.

INTRODUCTION

L'ostéopathie pour les enfants et particulièrement pour les tout petits connaît une popularité croissante au Québec. Dans les dernières années, qui n'a pas vu un tel message sur un blogue de nouvelles mamans : « Est-ce que quelqu'un peut me recommander un ostéopathe pour mon enfant qui présente un torticolis, qui a des reflux, qui ne dort pas la nuit ou encore qui fait des otites à répétition? ». Dans le contexte actuel de soins de santé au Québec, plusieurs parents consultent un ostéopathe bien souvent avant même d'aller voir un médecin. Mais qu'arrive-t-il si le problème de santé de l'enfant requiert à la fois une intervention de l'ostéopathe et du médecin? Trouve-t-on cette souhaitable collaboration entre médecins et ostéopathes pour la clientèle pédiatrique? Quels sont les facteurs qui influencent cette éventuelle collaboration?

Depuis plusieurs années, la collaboration interprofessionnelle (CIP) est un sujet d'intérêt dans le domaine de la santé. Elle est souhaitée et valorisée, entre autres, pour ses impacts positifs sur les usagers, les intervenants et la qualité des soins dispensés. Cependant, les différences de paradigmes de pratique entre les intervenants de la médecine conventionnelle et ceux des médecines complémentaires (MC) peuvent rendre encore plus difficile l'établissement d'une pratique de collaboration.

La CIP entre les médecins et les ostéopathes est un phénomène relativement nouveau au Québec et encore peu étudié. La présente étude vise à mieux comprendre les caractéristiques de la collaboration entre les médecins et les ostéopathes québécois impliqués auprès de la clientèle pédiatrique.

Le premier chapitre de cette thèse par articles décrit la problématique à l'étude et le deuxième présente le cadre conceptuel utilisé. La recension des écrits, au chapitre 3, aborde différents aspects de la collaboration entre les médecins et les ostéopathes comme la connaissance des paramètres de pratique en ostéopathie, les références et la communication de même que les facteurs facilitants et les obstacles au développement de la collaboration.

Les chapitres 4 et 5 spécifient les objectifs et les méthodes utilisées, respectivement. Le chapitre 6 est consacré aux résultats, sous la forme de trois articles, puis le chapitre 7 à la discussion des résultats, aux forces et limites de l'étude de même qu'aux retombées. Finalement, le dernier chapitre conclut cette thèse en abordant les éléments-clés de la recherche et en formulant des recommandations.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

La collaboration interprofessionnelle (CIP) en santé est définie comme :

« un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience de façon concomitante pour le mieux-être et le bénéfice des clients » (D'Amour et al., 1999).

L'étude de ces relations et interactions entre les professionnels de la santé est nécessaire pour mieux comprendre le phénomène de la CIP et favoriser son insertion dans les milieux de soins (D'Amour & Oandasan, 2005). En plus des répercussions sur l'efficacité, la productivité et la promotion d'une approche plus holistique par les intervenants en santé, plusieurs conséquences positives de la CIP pour le patient sont identifiées, telles que l'amélioration et la prévention de la fragmentation des soins (Petri, 2010) de même que l'augmentation de la satisfaction, de la qualité de vie et du fonctionnement du patient (Lemieux-Charles & McGuire, 2006). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les pratiques de collaboration optimisent les services de santé, renforcent les systèmes de santé et améliorent les résultats en matière de santé et de sécurité des patients (World Health Organization, 2010b).

Plusieurs facteurs, considérés comme des déterminants interactionnels, organisationnels et systémiques, influencent positivement ou négativement la CIP (Henneman et al., 1995; San Martin-Rodriguez et al., 2005; Willumsen et al., 2012). Au plan interactionnel, la CIP est facilitée par une vision commune du but à atteindre en matière de soins, par une orientation partagée des soins centrés sur le patient, par une connaissance de l'autre (ses valeurs, son cadre de pratique, son approche et son champ d'intervention) ainsi que par le niveau de confiance dans les compétences de l'autre et dans sa capacité à assumer correctement ses responsabilités à fournir les soins requis (D'Amour et al., 2008). Les aspects organisationnels et systémiques des systèmes de santé ont également un impact sur les interactions et sur la CIP (D'Amour & Oandasan, 2005; San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Par exemple, le développement d'outils ou de protocoles de collaboration dans une organisation facilite les processus de CIP (D'Amour et al., 2008). Le système professionnel et le système d'éducation, pour leur part, influencent le développement de limites professionnelles qui peuvent devenir des barrières importantes à la collaboration en instaurant une attitude compétitive plutôt que collaborative chez les professionnels de la santé (D'Amour & Oandasan, 2005). En plus de ces facteurs influençant la CIP en santé, la présence de paradigmes différents, parfois considérés irréconciliables, peut avoir un impact supplémentaire sur la CIP entre les intervenants de la médecine conventionnelle et ceux des MC (Barrett et al., 2004; Barrett et al., 2003; Coulter & Willis, 2004; Keshet et al., 2013; Ning, 2013; Peters, 2013).

L'ostéopathie est une des MC qui connaît une popularité croissante au Québec (Esmail, 2007), notamment pour la clientèle pédiatrique (Jean & Cyr, 2007; Torres-Llenza et al., 2010; Toupin-April et al., 2009). En effet, dans les douze mois précédents une enquête canadienne, le taux d'utilisation de l'ostéopathie par la clientèle pédiatrique québécoise est passé de 4 % en 1997 à 11 % en 2016 (Esmail, 2017). Par une approche manuelle, l'ostéopathe évalue et intervient afin d'améliorer la fonction physiologique ou de soutenir l'homéostasie altérée par un désordre fonctionnel (World Health Organization, 2010a). L'OMS caractérise donc les ostéopathes comme des praticiens offrant des soins centrés sur la personne plutôt que sur la maladie (World Health Organization, 2010a). Les parents qui consultent en ostéopathie avec leur enfant le font pour plusieurs motifs, le plus souvent d'ordre fonctionnel (Lund & Carreiro, 2010; Morin & Aubin, 2014). Un désordre fonctionnel résulte d'un dysfonctionnement de la physiologie ou de la psychologie pouvant se produire indépendamment d'un changement pathologique (Williams et al., 2008). Les désordres fonctionnels seraient responsables de 20 % des consultations médicales dans la population générale (Foster et al., 2012; Williams et al., 2008) et de 10 à 15 % dans la population pédiatrique (Rask et al., 2013). L'ostéopathie peut, en présence de désordres fonctionnels, jouer un rôle dans la réduction des coûts en santé (Cerritelli et al., 2013; Herman et al., 2012; Van Haselen et al., 2004).

Parmi les motifs de consultation pédiatrique les plus fréquents en ostéopathie au Québec, on retrouve les déformations crâniennes et plagiocéphalies, les torticolis, les évaluations

postnatales préventives, les problèmes d'otorhinolaryngologie (otites à répétition et sinusites), les problèmes de reflux gastro-œsophagien, les problèmes de développement moteur ou cognitif ainsi que les douleurs musculo-squelettiques (Morin & Aubin, 2014). Certains de ces désordres fonctionnels sont connus pour représenter un défi important pour la médecine conventionnelle (Amiel-Tison & Soyez-Papiernik, 2008; Gieteling et al., 2011; King et al., 2011; Rask et al., 2013) et bénéficier d'une approche multidisciplinaire pour laquelle les MC, comme l'ostéopathie, sont souvent appropriées (Williams et al., 2008).

Quelques études prospectives sur la relation entre des dysfonctions ostéopathiques et la présence de désordres fonctionnels comme les coliques (Kotzampaltiris et al., 2009), la survenue d'otites (Morin et al., 2012) et la plagiocéphalie (Sergueef et al., 2006) ont été publiées. Des études cliniques, de qualité variable, portant sur l'efficacité des interventions en ostéopathie dans la résolution ou l'amélioration de la fonction ou la modification des symptômes chez une population pédiatrique, émergent des écrits scientifiques notamment pour la plagiocéphalie et l'asymétrie crânienne et posturale (Lessard et al., 2011; Philippi et al., 2006), les otites (Degenhardt & Kuchera, 2006; Hachem, 2012; Mills et al., 2003; Steele et al., 2014), l'asthme (Guiney et al., 2005), les coliques (Hayden & Mullinger, 2006), les problèmes urinaires (Nemett et al., 2008), la fonction motrice (Duncan et al., 2008), l'attention ou l'hyperactivité (Accorsi et al., 2014), les problèmes de digestion (Haiden et al., 2015; Pizzolorusso et al., 2011; Tarsuslu et al., 2009), les problèmes musculo-squelettiques (Monaco et al., 2008), l'allaitement (Herzhaft-Le Roy et al., 2016) et les soins aux prématurés (Cerritelli et al., 2015). Une seule étude, celle de Hayes et Bezilla (2006), a porté sur l'innocuité des soins ostéopathiques destinés aux enfants et a conclu à l'absence de complications à la suite des interventions thérapeutiques, si ce n'est une aggravation temporaire des symptômes remarquée dans 9 % des cas (Hayes & Bezilla, 2006).

Selon un sondage réalisé au Québec, l'ostéopathie vient en tête de la liste des MC les plus fréquemment conseillées par les médecins de famille dans leur pratique quotidienne (Gaboury et al., 2016) et ce, malgré la grande disparité présente dans la formation des ostéopathes, formation actuellement dispensée par des écoles privées (Ducharme, 2011).

Une autre étude québécoise révèle qu'à eux seuls les 277 ostéopathes participants à l'étude ont vu plus 14 000 clients sur une période de travail de deux semaines dont 1 400 étaient âgés de moins de 14 ans (Morin & Aubin, 2014). Cette réalité sociétale impose une pression sur les professionnels de la santé, notamment les médecins, qui sont interrogés de plus en plus par leurs patients au sujet des soins ostéopathiques (Gaboury et al., 2016). L'utilisation et la demande croissante des clients pour une MC peuvent en effet affecter les professionnels du réseau de la santé en créant une forte pression pouvant forcer la collaboration et l'intégration des soins (Tataryn & Verhoef, 2001). En effet, ces changements sociétaux s'imposent aux professionnels de la santé et peuvent les inciter à adopter des modes de travail novateurs et à être plus ouverts aux nouvelles approches cliniques (D'Amour & Oandasan, 2005). Une pression supplémentaire dite descendante, venant cette fois du système professionnel québécois, s'ajoute sur les professionnels de la santé avec l'annonce par l'Office de professions du Québec de procéder à l'encadrement et la réglementation de la pratique de l'ostéopathie au Québec qui deviendra ainsi une profession reconnue (Office des professions du Québec, 2014, 2016).

Malgré ces changements sociétaux importants, très peu de données sont actuellement disponibles sur le phénomène de CIP entre les médecins et les ostéopathes. Outre la publication récente d'une étude québécoise sur les attitudes, les connaissances et l'aisance des médecins à exercer leur rôle conseil concernant les MC en général (Gaboury et al., 2016), aucune étude ne décrit les pratiques de collaboration incluant, par exemple, les modes et le nombre de références, les types de communication ou les barrières et facteurs facilitants la collaboration entre les médecins et les ostéopathes québécois, que ce soit pour la clientèle adulte ou pédiatrique. Ces informations sont pourtant essentielles à l'élaboration d'une pratique clinique collaborative efficace et sécuritaire centrée sur le patient, particulièrement dans le contexte actuel d'encadrement de l'ostéopathie par l'Office des professions du Québec (Fiore, 2013; Office des professions du Québec, 2014, 2016).

Considérant le défi que posent les désordres fonctionnels pour la médecine conventionnelle associé à l'augmentation des consultations pédiatriques en ostéopathie et à la nécessité d'assurer des soins sécuritaires centrés sur le patient, une collaboration adéquate et efficace

entre les médecins et les ostéopathes intervenant auprès de la clientèle pédiatrique semble essentielle. Cette étude visait donc à mieux comprendre la collaboration entre les médecins et les ostéopathes québécois impliqués auprès de la clientèle pédiatrique.

CHAPITRE 2

MODÈLE CONCEPTUEL

Ce chapitre présente les assises théoriques de l'étude, le modèle conceptuel retenu pour l'étude et les raisons motivant son choix. Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle de la CIP dans les écrits scientifiques (D'Amour et al., 2005; Perreault & Careau, 2012), la recension, souvent citée, de D'amour et collaborateurs (2005) révèle une certaine convergence des représentations de la CIP comme étant un processus complexe, volontaire et dynamique impliquant plusieurs habiletés. Les modèles inclus dans la recension de D'Amour et collaborateurs (2005) identifient deux éléments clés et constants de la CIP : 1) la construction d'une action collective évoluant selon les besoins du client et 2) la construction d'une « vie d'équipe » intégrant les perspectives de chacun des professionnels et basée sur le respect et la confiance entre les membres de l'équipe (D'Amour et al., 2005).

La conceptualisation des processus de CIP, c'est-à-dire « la façon dont les professionnels interagissent pour arriver à travailler ensemble » (D'amour et al., 2005 p. 13), varie d'un modèle à l'autre. Certains auteurs les conceptualisent comme un groupe de processus influencés par des phénomènes tels la prise de décision, le *leadership*, la communication, la négociation et l'orientation de la tâche. Pour d'autres, les processus de CIP représentent l'intégration de différents raisonnements ainsi que l'organisation de l'action collective à travers différentes dimensions de l'interaction humaine (D'Amour et al., 2005). Les auteurs d'autres études, non incluses dans la recension de D'Amour et collaborateur (2005), ont plutôt tenté d'illustrer les processus liés à la CIP selon un continuum, renforçant ainsi la compréhension de leur nature dynamique (Boon et al., 2004; Careau et al., 2014b; Oandasan et al., 2006; Satin, 1994). Les processus de CIP peuvent alors varier selon la complexité de la tâche à accomplir ou de la situation du client, ce qui entraîne l'actualisation de différents types de CIP (Boon et al., 2004; Careau et al., 2014b).

Malgré la publication de quelques modèles conceptuels de CIP dans le domaine de la santé (Careau et al., 2014b; D'Amour et al., 2008) et de la médecine intégrative (définie comme

une combinaison coordonnée de médecine conventionnelle et complémentaire) (Lim et al., 2017), très peu de modèles ont été développés spécifiquement pour documenter les processus de CIP dans un contexte de collaboration entre les intervenants de la médecine conventionnelle, comme les médecins de famille ou les pédiatres, et les intervenants d'approches identifiées comme des MC (Boon et al., 2004; Mior et al., 2010). Un modèle de collaboration entre ces types d'intervenants doit, en plus de tenir compte des facteurs interactionnels, organisationnels et systémiques influençant la CIP, se préoccuper du contexte de pratique puisque la majorité des intervenants en MC œuvre dans le secteur privé ce qui peut rendre plus difficiles les démarches nécessaires à la collaboration.

Un modèle conceptuel canadien développé en contexte de collaboration entre intervenants de la médecine conventionnelle et des MC en pratique privée, sous-jacent à la présente étude, a donc été retenu. Il s'agit du Modèle collaboratif de prestation et d'accès direct aux soins musculo-squelettiques en première ligne (Mior et al., 2010). Le modèle, développé à partir d'entretiens menés auprès d'informateurs clés et de groupes de discussions focalisées, s'applique à la collaboration entre les médecins et les chiropraticiens en pratique de première ligne en Ontario. Il se distingue donc des autres modèles de CIP par l'inclusion d'intervenants des MC exerçant en pratique privée. Dans ce modèle, la collaboration réfère à des professionnels de la santé qui, en l'absence de structures et de processus formels, travaillent ensemble tout en maintenant leur autonomie.

Le modèle proposé par Mior et collaborateurs (2010) est inspiré du modèle de structuration de la collaboration de D'amour et collaborateurs (2008). Afin de planifier et d'implanter une pratique de CIP entre les médecins et les chiropraticiens dans un contexte de soins de première ligne, il opérationnalise le processus d'amélioration des relations de collaboration interprofessionnelle en y incorporant les activités concrètes nécessaires à l'optimisation de cette collaboration. Dans ce modèle, le patient est au centre des facteurs et des actions (ou processus) pouvant faciliter la CIP entre les intervenants en présence (Figure 1). Le but de cette CIP est de répondre aux besoins du patient, de promouvoir ses choix et sa participation dans la prise de décision, de favoriser son accès aux soins et de lui offrir un contexte de soins transcendant les différences philosophiques entre les intervenants

associés d'une part à la médecine conventionnelle et, d'autre part, aux MC (Mior et al., 2010).

Figure 1

Modèle collaboratif de prestation et d'accès direct aux soins musculo-squelettiques en première ligne.

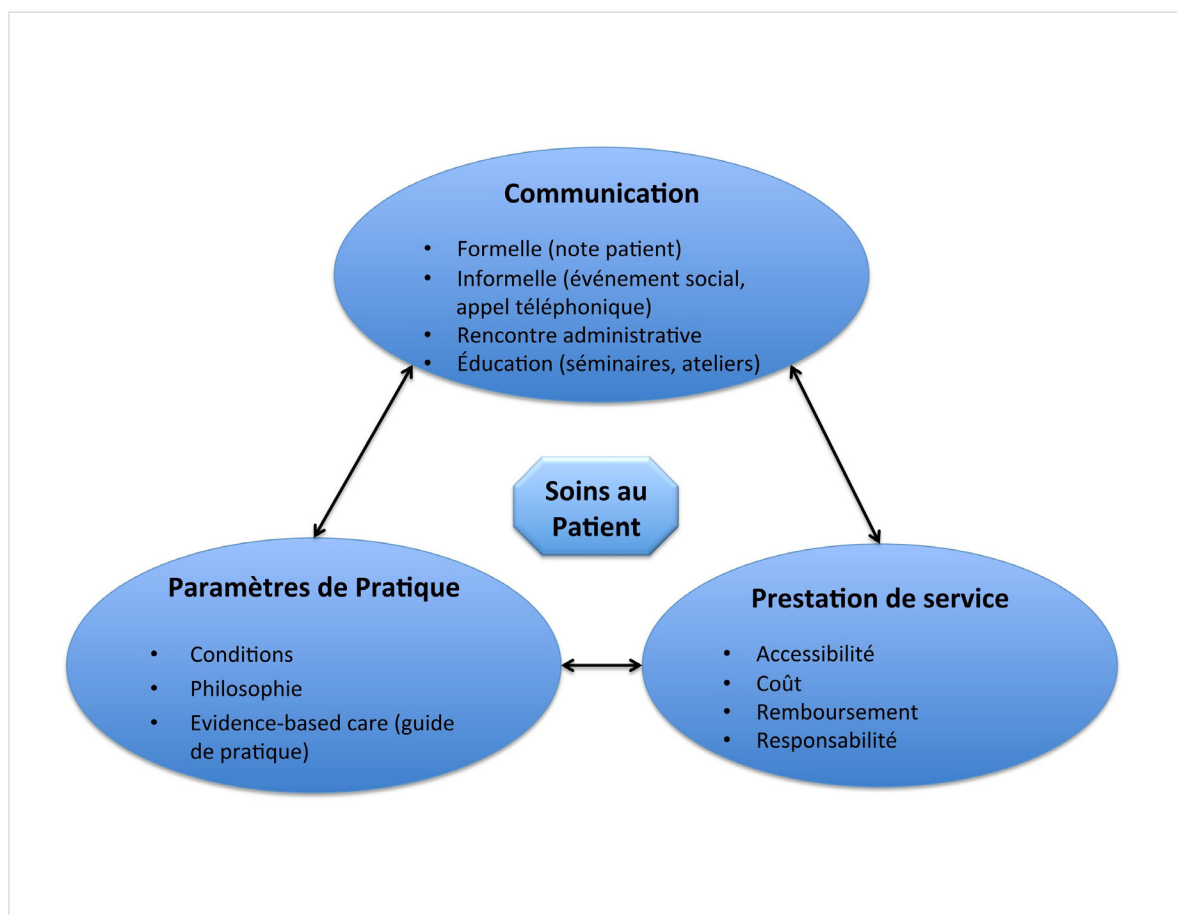


Figure traduite (traduction libre) de Mior *et al.*, 2010; reproduite avec l'autorisation de Taylor & Francis.

Légende. Modèle conceptuel émergent sur les soins centrés sur le patient et les facteurs favorisant la relation de confiance et la collaboration entre les chiropraticiens et les médecins oeuvrant dans un contexte de soins de première ligne.

La relation de confiance (qui est influencée par le manque de connaissances et les expériences négatives réelles ou perçues) de même que les soins centrés sur le patient (qui impliquent la participation du patient dans la prise de décision et le respect de ses choix par

les professionnels consultés) sont les objectifs finaux souhaités de ce modèle de collaboration. Les trois grandes catégories de facteurs facilitant le développement de ces objectifs sont : 1) la communication, 2) les paramètres de pratique et 3) la prestation de services. Les activités de communication sont les rencontres tant formelles qu'informelles visant à informer, éduquer, échanger et développer des relations interpersonnelles et professionnelles favorisant le développement mutuel de la confiance et du respect. Cette catégorie inclut également le mode de communication à privilégier pour l'échange d'informations cliniques reliées au patient afin de relever le défi que représente l'utilisation d'un langage compris de chacun. La deuxième catégorie, les paramètres de pratique, réfère aux champs de pratique, aux philosophies et aux pratiques basées sur les données probantes et meilleures pratiques et sur le développement et l'utilisation de guides de pratique. Des activités favorisant l'éducation, l'échange des savoirs disciplinaires et la connaissance de l'autre sont suggérées. Finalement, la prestation de services concerne l'accès, le coût, leur remboursement et la responsabilité des soins (encadrement professionnel).

Ce modèle collaboratif de prestation et d'accès direct aux soins musculo-squelettiques en première ligne a été jugé pertinent pour cette recherche doctorale car il a été développé dans un contexte de pratique similaire. Son apport est particulièrement intéressant pour documenter les aspects interactionnels (comme la communication, les relations professionnelles, la connaissance du champ de pratique de l'autre, les expériences cliniques positives ou négatives), contextuels (comme l'impact de l'encadrement de la profession) et organisationnels (comme les outils facilitant la communication efficace) et ainsi avoir une vision globale du phénomène de CIP entre les médecins et les ostéopathes intervenant auprès de la clientèle pédiatrique. Ce modèle collaboratif de prestation de soins musculo-squelettiques a donc été retenu comme modèle conceptuel principal pour la présente étude.

À ce modèle présentant les activités et les processus nécessaires à l'optimisation de la collaboration s'ajoute l'importance de s'intéresser également à la façon dont les processus de CIP entre les médecins et les ostéopathes s'actualisent dans la pratique quotidienne à l'aide du continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux, modèle développé au Québec par Careau et collègues (2011; 2014). Ce modèle permet d'illustrer avec précision l'opérationnalisation des processus interactionnels

incluant l'intention, les interactions et la combinaison des savoirs disciplinaires qui évoluent toutes en fonction de la complexité de la situation du client et de ses proches (Annexe 1). Ce continuum de collaboration évolue d'une pratique indépendante (interaction seulement avec le client et ses proches) à une pratique en parallèle dans laquelle l'intention est uniquement d'obtenir une ou des informations de l'autre professionnel, à une pratique par référence dans laquelle il y a échange d'informations entre les intervenants jusqu'à une pratique de concertation au sujet des objectifs disciplinaires (Careau et al., 2011; Careau et al., 2014b). Le dernier type de combinaison des savoirs disciplinaires, plus fréquent entre les professionnels pratiquant dans les établissements du réseau de la santé, est une pratique de soins et de services partagés dans laquelle les décisions et les actions ont un objectif commun.

En bref, la présente étude doctorale s'appuie principalement sur le modèle collaboratif de prestation et d'accès direct aux soins musculo-squelettiques de Mior et collaborateurs (2010) en incluant les trois grandes catégories de facteurs facilitant le développement de la collaboration du modèle soient 1) la communication, 2) les paramètres de pratique et 3) la prestation de services, tout en restant attentif à la façon dont les processus de collaboration s'insèrent dans le contexte précis de la collaboration entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique.

CHAPITRE 3

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre fait état des connaissances sur la collaboration entre les médecins et les praticiens des MC qui utilisent une approche dite manuelle, comme c'est le cas de l'ostéopathie. Les banques de données Pubmed, CINAHL, Mantis, Amed et EBM ont été interrogées en utilisant une combinaison de mots clés et de « MeSH » en lien avec les médecins (*physicians or pediatricians*), l'ostéopathie (exemple : *osteopathic, chiropractic, musculoskeletal manipulations, manual therapy, complementary*) et la collaboration (exemple : *cooperative behavior, collaboration, interprofessional, interdisciplinary, team, referral, communication*). Les références des articles recensés ont également été consultées, incluant les thèses et mémoires.

Cette recension des écrits est présentée en trois sections. La première section s'intéresse à la connaissance de médecins quant aux paramètres spécifiques de pratique de l'ostéopathie. La section suivante présente l'état des connaissances concernant différents aspects de la communication incluant les modes et les taux de références, les échanges d'informations cliniques de même que la présence de relations professionnelles entre les médecins et les praticiens des MC qui utilisent une approche dite manuelle pour tous les types de clientèle confondus. Les facteurs facilitants et les barrières au développement de la CIP entre les médecins et les praticiens des MC sont présentés dans la dernière section.

3.1 Connaissance des paramètres de pratique en ostéopathie par les médecins

Malgré nos recherches dans plusieurs banques de données, une seule étude publiée incluant des informations concernant la connaissance des paramètres de pratique ostéopathique par des médecins a été recensée (Engel et al., 2016). Des 630 médecins participants, 54 % rapportent correctement que la formation en ostéopathie en Australie est accessible uniquement en milieu universitaire et 46 % qu'elle est d'une durée de cinq ans. Cinquante-six pour cent de ces médecins considèrent avoir une certaine connaissance de l'ostéopathie.

Plus précisément, 5 % et 14 % qualifient leurs connaissances de très élevées ou élevées, respectivement tandis que 36 % mentionnent avoir une connaissance modérée. La douleur lombaire est la condition pour laquelle l'intervention d'un ostéopathe est jugée la plus utile (42 %) suivie par les douleurs cervicales et dorsales (38 %). Cette étude présente toutefois un faible taux de réponse (2,6 %) limitant la généralisation des résultats. Les auteurs suggèrent l'utilisation de méthodes complémentaires, telles que des entretiens semi-dirigés, pour compléter de futurs sondages sur les pratiques de collaboration entre ces praticiens (Engel et al., 2016).

Un mémoire réalisé dans le cadre d'une formation de maîtrise professionnelle en ostéopathie fait cependant état de façon plus détaillée du niveau de connaissance de divers paramètres de pratique et de la prestation des soins en ostéopathie par des médecins et dentistes en pratique privée en Autriche (Wotruba, 2010). Cette étude, réalisée à l'aide d'un questionnaire postal, couvrait neuf aspects de la pratique ostéopathique soit les connaissances générales, les buts, les structures évaluées, les techniques utilisées, la population pouvant recevoir des interventions, les procédures d'intervention, les indications et contre-indications à une intervention ostéopathique, la formation et la meilleure façon pour les clients de trouver un ostéopathe adéquatement formé. Le taux de réponse à ce sondage était de 26 % (n = 149) incluant 73 médecins de famille (49 %), 47 médecins spécialistes (32 %) et 29 dentistes (19 %). Les affirmations avec le plus haut taux de réponses adéquates (plus de 90 %) par l'ensemble des répondants étaient : 1) que le but général des interventions en ostéopathie est de rétablir un bien-être physique et psychologique en corrigeant les restrictions de mobilité des structures et des tissus du corps ; 2) que l'ostéopathe examine et intervient sur l'ensemble du système musculo-squelettique et qu'il travaille avec l'ensemble du corps ; 3) que l'ostéopathie est utile pour le traitement des douleurs musculo-squelettiques aiguës ou chroniques et que les clients peuvent recevoir un traitement même lorsqu'ils sont sous médication et finalement, 4) que pour pratiquer l'ostéopathie, il est nécessaire d'avoir des bases solides de formation en anatomie, physiologie et pathologie. Les répondants ont obtenu une moyenne de 63 % (écart type de 18) de bonnes réponses aux questions de connaissance sur la pratique de l'ostéopathie. Au niveau des données recueillies spécifiquement pour les médecins de famille, 69 % rapportaient avoir besoin de plus d'information sur la pratique de

l'ostéopathie, 45 % mentionnaient collaborer avec des ostéopathes et 21 % déclaraient avoir consulté personnellement un ostéopathe. Cette étude autrichienne a été réalisée dans un pays qui, comme au Québec actuellement, n'a pas d'encadrement légal de la pratique de l'ostéopathie. Cependant, contrairement au Québec, les clients autrichiens n'ont d'accès à un ostéopathe que lorsqu'ils ont une référence médicale à cet effet. Cette étude est toutefois pertinente pour la réalisation de la présente recherche doctorale puisqu'elle utilise une formulation et un enchaînement de questions intéressantes concernant spécifiquement le niveau de connaissance de la pratique de l'ostéopathie par les médecins.

En bref, une seule étude publiée et un mémoire de fin d'étude en ostéopathie documentant la connaissance des paramètres de pratique de l'ostéopathie par les médecins ont été recensés. Selon les résultats de ces études, environ la moitié des médecins répondant connaissent le statut légal de la pratique de l'ostéopathie ainsi que le niveau de formation requis pour exercer alors que la majorité des répondants médecins perçoivent la pertinence de l'ostéopathie pour intervenir en présence de douleurs musculo-squelettiques dans la région du dos. Cependant, aucune étude canadienne ou en lien avec la clientèle pédiatrique n'a été publiée.

3.2 Communication

3.2.1 Références

Plusieurs chercheurs ont tenté de faire un portrait du taux de références entre les médecins et les praticiens des MC. Dans l'étude australienne de Engel et collaborateurs (2016) discutée dans la section précédente (n = 630), 34 % des médecins ont mentionné avoir déjà référé des patients en ostéopathie et 30 % avoir reçu des références de patients par un ostéopathe (Engel et al., 2016). Un autre sondage australien réalisé dans la région de New South Wales (n = 585; taux de réponse de 40,7 %) révèle que 23 % des médecins de famille réfèrent leurs patients spécifiquement à des chiropraticiens ou à des ostéopathes au moins une fois par mois (Wardle et al., 2013). Au total, 64 % des médecins mentionnent référer au moins quelques fois par année, alors que 22 % rapportent ne référer sous aucune circonstance. Dans cette étude, les facteurs associés aux références par les médecins sont la difficulté d'accès à une large variété de spécialistes médicaux (RC : 12,5; IC 95 %: 2,4,

50,0), le recours à un praticien des MC pour obtenir de l'information (RC : 4,39; IC 95 %: 2,04, 9,41), les demandes du patient (RC : 3,59; IC 95 %: 1,12, 11,55), la croyance du médecin sur l'efficacité de la chiropractie et de l'ostéopathie (RC : 3,39; IC 95 %: 2,19, 5,25), l'absence d'autres options de traitement (RC : 2,41; IC 95 %: 1,18, 5,12) et, enfin, l'expérience de résultats positifs des patients ayant utilisé antérieurement ces services (RC=1,67; IC 95%: 1,02, 2,75). Il n'y a cependant pas d'association entre, d'une part, le genre ou l'âge des médecins et, d'autre part, les références effectuées à un chiropraticien ou à un ostéopathe. Bien que cette étude identifie plusieurs facteurs influençant les références des médecins à un chiropraticien ou un ostéopathe, le contexte de pratique australien, qui diffère du contexte canadien ou québécois, commande une certaine prudence avant de généraliser les résultats de cette étude au contexte québécois. En effet, en Australie, l'ostéopathie est encadrée depuis de nombreuses années et, depuis 2012, les patients référés en chiropractie ou en ostéopathie par leur médecin sont admissibles à un remboursement partiel des frais par le gouvernement, ce qui pourrait influencer à la hausse les demandes de référence.

Réalisée en territoire canadien dans la province de l'Ontario, une étude qualitative, portant sur la communication et les interactions entre différents acteurs des domaines de la médecine, des sciences infirmières, de la physiothérapie, de la chiropractie, de la massothérapie, de la naturopathie, de l'ostéopathie et de la psychothérapie œuvrant dans une clinique intégrative en milieu hospitalier universitaire, rapporte que le manque d'opportunités d'interaction et de communication entretiendrait une pauvre connaissance du champ de pratique des praticiens des MC par les professionnels biomédicaux (Soklaridis et al., 2009). Selon les participants de l'étude, l'incompréhension des champs de pratique a une influence directe sur les références. En effet, la majorité des praticiens interrogés (tant biomédicaux que des MC) mentionnent qu'ils préfèrent ne pas référer leurs clients à des approches ou pour des modalités de traitement qu'ils ne connaissent pas. En lien avec l'ostéopathie, un participant a expliqué que la majorité des gens ne connaissent pas cette approche et qu'il est donc difficile dans ces circonstances d'imaginer comment ils peuvent référer à un ostéopathe tout en ignorant la différence entre l'ostéopathie et la physiothérapie.

Plus spécifiquement pour la clientèle pédiatrique, une étude transversale réalisée aux Pays-Bas (n = 276; taux de réponse de 27 %) révèle que la majorité des références de pédiatres aux MC sont dirigées vers les homéopathes (33 %) et les praticiens en thérapie manuelle (32 %) (Jong et al., 2012). Dans cette étude, les facteurs associés à une attitude positive envers la médecine intégrative pédiatrique, définie dans cette étude comme une combinaison de la pratique biomédicale à diverses MC, sont la familiarité avec la médecine intégrative, l'utilisation personnelle des MC, la prestation de soins d'une MC et un niveau de connaissances élevé des MC. Toujours du côté des pédiatres néerlandais, une autre étude (n = 343; taux de réponse de 24 %) rapporte que près du tiers des répondants réfèrent de jeunes patients vers les MC, la thérapie manuelle étant la deuxième approche la plus fréquemment recommandée (Vlieger et al., 2011). Dans cette étude, les références sont principalement associées à la connaissance des MC et à son utilisation personnelle. Bien que ces deux études informent sur plusieurs facteurs qui sont associés aux références pour la clientèle pédiatrique, elles ne mentionnent pas formellement l'ostéopathie comme étant incluse dans leur définition de thérapie manuelle.

Dans l'ensemble, les principales limites des études recensées sur les références vers les MC sont le taux de réponse modeste pouvant entraîner un biais, la participation possiblement majorée d'individus démontrant un intérêt pour les MC, la définition variée et souvent non précisée des MC, les questions portant sur un amalgame de plusieurs formes de MC, l'étude d'une population ou d'un secteur géographique limité et la possibilité de biais de rappel lié aux références dans la dernière année. En effet, ce biais peut être présent puisque ces sondages n'ont pas documenté le nombre réel de références dans la pratique de tous les jours. Finalement, le contexte différent d'encadrement et de régulation de l'ostéopathie entre les pays limite la possibilité de généraliser ces résultats au Canada, l'encadrement des MC ayant généralement un effet sur la légitimation des références par les autres professionnels de la santé. En effet, les États-Unis, certains pays d'Europe et l'Australie, dans lesquels la majorité des études ont été réalisées, ont une réglementation en place concernant la pratique de l'ostéopathie.

Au Canada, le Québec est parmi les premières provinces activement en processus de réglementation de la profession d'ostéopathe. Cependant, peu de données sont disponibles

concernant les références en ostéopathie par les autres professionnels de la santé dans cette province. Malgré qu'elle ne soit pas encore reconnue comme une profession par le système professionnel provincial, un sondage québécois (n = 195; taux de réponse de 19,5 %) révèle que l'ostéopathie est la MC la plus souvent conseillée par les médecins de famille et omnipraticiens du Québec (Gaboury et al., 2016). Aucune donnée n'est toutefois disponible sur la proportion de références effectuées pour la clientèle pédiatrique (0 à 18 ans) ou adulte. En sens inverse, les taux de référence des ostéopathes québécois aux médecins en cas de besoin ne sont également pas connus. Pourtant, 84 % des patients consultant en ostéopathie s'attendent à ce que l'ostéopathe les réfère à leur médecin si les symptômes ne s'améliorent pas et s'attendent également, si nécessaire, à une communication entre leur ostéopathe et leur médecin traitant (Leach et al., 2013).

3.2.2 Communication et relations professionnelles

Dans les écrits scientifiques, plusieurs études font état de la communication entre les médecins et les praticiens des MC. L'une d'entre elles est un sondage (n = 319; taux de réponse de 83 % pour les parents consultant en premier lieu le médecin et n = 280; taux de réponse de 71 % pour les parents consultant en premier lieu un praticien des MC) sur les attitudes parentales quant à la communication entre les médecins et les praticiens des MC (Ben-Arye et al., 2011). Cette étude rapporte que, lors de la première consultation médicale ou en MC, la communication (par des références ou un échange d'information par lettre) est très importante pour le parent. Ces parents consultant un médecin ou un praticien des MC affirment en grande majorité (respectivement 97 % et 89 %) être en faveur d'un travail collaboratif. La moitié des répondants considèrent que le médecin traitant devrait être celui qui initie la communication avec le praticien des MC. De plus, la majorité de ces parents (88 %) jugent qu'un échange entre les deux praticiens peut avoir un impact sur le diagnostic et le traitement de leur enfant. La communication et la collaboration entre les médecins et les praticiens des MC semblent être des attentes de plus en plus importantes chez les parents.

Une seule des études recensées porte spécifiquement sur la communication entre les médecins et les praticiens en thérapie manuelle incluant l'ostéopathie, la physiothérapie et

la chiropractie (Breen et al., 2000). Bien que peu récente, cette étude transversale (n = 86; taux de réponse de 28 %) révèle que les médecins sondés considèrent nécessaire la communication avec les praticiens en thérapie manuelle. Le deux tiers des médecins répondants valorisent l'utilisation de courtes lettres résumant la nature des traitements et la nature des conseils donnés. Vingt-six pour cent des médecins désiraient recevoir un rapport concernant les patients qu'ils ont référés dans la semaine suivant la référence, alors que 18 % mentionnaient souhaiter recevoir un rapport dans les quatre semaines. Cinquante-deux pour cent des répondants souhaitaient obtenir un rapport écrit dans le cas où le praticien en thérapie manuelle lui retournait de nouveau le patient pour un suivi. La terminologie spécifique à l'ostéopathie et à la chiropractie était identifiée comme plus déroutante que la terminologie utilisée en physiothérapie. Cette étude doit être interprétée avec précaution puisqu'elle est relativement ancienne et qu'elle porte sur l'opinion de médecins d'un seul district du Royaume-Uni.

L'étude qualitative canadienne de Soklaridis et collaborateurs (2009), discutée dans la section précédente, apporte un éclairage sur les défis et les mécanismes de communication entre les praticiens en médecine conventionnelle et les praticiens des MC dans un contexte de clinique intégrative. Elle renseigne également sur les conséquences d'un manque de communication et propose des solutions potentielles pour améliorer la communication dans un tel contexte. Les données de cette étude sont issues 1) d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de 10 intervenants représentant différentes professions biomédicales et des MC (incluant l'ostéopathie) œuvrant au sein de la clinique et 2) de groupes de discussions focalisées (n = 4) réalisés avec 26 informateurs clés de la clinique (clients, administrateurs, membres du conseil d'administration et praticiens de la clinique). Malgré la proximité géographique des intervenants et praticiens des MC, trois défis importants de communication ont été soulevés dans cette étude, soit le manque d'opportunité d'interactions quotidiennes, le manque de consensus et de standardisation quant à la façon dont l'information devrait circuler entre les intervenants et, finalement, l'utilisation du client comme véhicule pour l'échange d'information (cette option n'offrant pas la possibilité d'établir une communication optimale étant sujette à l'interprétation que fait le client de l'information reçue). Au niveau des mécanismes de communication, les échanges sont plus souvent informels (discussions de corridor, courriels ou notes autocollantes dans

les dossiers) que formels. Dans ces deux types d'échange, l'utilisation d'un langage commun demeure une difficulté bien présente. La dominance du langage biomédical et de ses acronymes a été identifiée comme nuisant à la compréhension des notes par certains praticiens des MC. Le manque d'interactions, tel que mentionné précédemment, a une influence sur la connaissance du champ de pratique des autres intervenants et, par la suite, sur les références. Le manque de communication et d'interactions affecte négativement le sentiment de confiance et d'appartenance des praticiens des MC à cette clinique. Parmi les solutions potentielles suggérées pour l'amélioration de la communication se trouvent les rencontres en personne, l'échange de courriels et la tenue de conférences virtuelles sur des cas cliniques. Bien que canadienne, cette étude réalisée dans un contexte de clinique intégrative installée dans un milieu hospitalier diffère du contexte de la présente étude doctorale qui, elle, s'intéresse à la collaboration en contexte de pratique autonome privée, un contexte de pratique nettement plus fréquent pour les ostéopathes au Québec. Cependant, le caractère qualitatif de l'étude de même que l'inclusion d'ostéopathes parmi les participants soulèvent des pistes intéressantes sur les difficultés de communication et leurs répercussions possibles.

Plus récemment, et en lien avec la clientèle pédiatrique, une étude transversale israélienne révèle l'intérêt des médecins/pédiatres et des praticiens des MC (sans mention spécifique de l'ostéopathie) pour la collaboration et la communication liées à des patients communs (Ben-Arye et al., 2007). En plus de communiquer de l'information clinique et d'augmenter la volonté de répondre à la référence initiale, l'échange de lettres de référence influencerait également le développement d'une collaboration entre les médecins et les praticiens en MC.

Du côté des États-Unis, une étude réalisée auprès de médecins travaillant dans un hôpital pour enfants (n = 268; taux de réponse de 32 %) rapporte que, dans le contexte où le jeune patient utilise une MC, la communication bidirectionnelle soutenue entre les médecins et les praticiens des MC est rare, soit dans 4 % des cas (Kundu et al., 2011). De plus, un tiers des participants rapportent ne pas recevoir d'information du praticien des MC à la suite d'une recommandation pour un patient commun. Les auteurs concluent au besoin de documenter les barrières à la communication entre les praticiens en médecine

conventionnelle et ceux des MC intervenant auprès de la clientèle pédiatrique afin d'améliorer la continuité des soins et la satisfaction des patients. En effet, le manque de référence directe, de communication et de collaboration entre les intervenants peut avoir une implication non seulement sur l'efficacité, la qualité et la continuité des soins, mais également sur la sécurité des patients (Greene et al., 2006) en plus de favoriser la fragmentation des soins (Mainous et al., 2000). Finalement, dans l'étude transversale australienne de Wardle et collaborateurs (2013) discutée précédemment, seuls 5,6 % des médecins de famille mentionnaient avoir une relation professionnelle avec un ostéopathe.

La force principale des études présentées dans les deux premières sections de cette recension est de fournir des informations descriptives sur plusieurs facteurs influençant la CIP soit les connaissances des paramètres de pratique ostéopathique, les références et la communication entre les principaux acteurs. Cependant, plusieurs limites sont à souligner. Premièrement, tout comme les études sur les références en ostéopathie, celles portant sur la communication présentent un taux de réponse faible à modéré (de 13 % à 28 %) et la population sondée est restreinte à un secteur géographique. Deuxièmement, les répondants représentent fréquemment des opinions extrêmes, tant favorables que défavorables, aux MC. L'absence de devis mixte est également une limite dans l'étude d'un sujet aussi complexe que la CIP. En effet, l'ajout de données qualitatives pour expliciter les résultats quantitatifs au sujet des comportements ou des attitudes de collaboration permettrait de mieux comprendre l'ensemble du phénomène. Finalement, l'absence d'études québécoises ou canadiennes sur la connaissance générale de la profession d'ostéopathe et sur la communication (incluant les références entre les médecins et ostéopathes que ce soit pour la clientèle adulte ou pédiatrique), couplée à l'augmentation récente mais soutenue du nombre de consultations en ostéopathie, suggère un réel besoin d'étudier la CIP, incluant les facteurs facilitants et les barrières, entre ces professionnels afin d'améliorer la qualité des soins et de répondre plus adéquatement aux besoins des patients, en particulier en présence de problèmes d'ordre fonctionnel.

3.3 Facteurs facilitants et barrières à la collaboration

Tel que mentionné précédemment, la CIP peut être décrite comme un continuum de pratique allant de la pratique indépendante à la pratique de soins partagés (Careau et al., 2014b). Selon ce modèle, le type de pratique de CIP, l'intention motivant la collaboration et la combinaison de savoirs sont tous influencés par la complexité des besoins biopsychosociaux de la personne. Puisque l'ostéopathe intervient fréquemment pour des problèmes fonctionnels complexes (Orrock, 2009), une pratique de collaboration semble souhaitable afin de répondre adéquatement aux besoins de la personne et de ses proches (Careau et al., 2014b). Cependant, dans le contexte de la pratique privée de l'ostéopathie au Québec, la CIP entre les médecins et les ostéopathes intervenant auprès de la clientèle pédiatrique peut rarement se manifester dans une interaction de pratique de soins et de services partagés. Les trois types de pratique de collaboration et de combinaison des savoirs susceptibles d'être rencontrés dans ce contexte sont donc la pratique en parallèle avec une intention d'informer, la pratique par consultation/référence impliquant un échange bidirectionnel d'information ou encore la pratique par concertation sur les objectifs disciplinaires mais sans chevauchement de pratique.

Actuellement, la plupart des études s'étant intéressées aux facteurs facilitants et aux barrières à la CIP entre la médecine conventionnelle et les MC l'ont fait dans un contexte de collaboration en médecine intégrative, contexte rarement retrouvé au Québec. La revue systématique d'études qualitatives de Chung et collègues (2012) identifie plusieurs déterminants de la CIP, exprimés dans un contexte de médecine intégrative. Ce sont d'abord les conflits concernant les limites professionnelles (définition des rôles), les champs de pratique et la confusion sur la responsabilisation des intervenants biomédicaux et des praticiens des MC qui sont le plus fréquemment observés. Le paiement des traitements en MC par les patients, les conditions de pratique régies par les Collèges des médecins et chirurgiens provinciaux, les incompréhensions sémantiques (absence de langage commun), l'utilisation de modèles de pratique différents et la menace à l'identité professionnelle sont également des barrières persistantes dans les initiatives de formation d'équipe de médecine intégrative. Finalement, ces barrières sont difficiles à éliminer lorsqu'une relation hiérarchique favorise une différence importante de pouvoir entre les

intervenants. À l'inverse, la présence d'un gestionnaire favorisant le partage du pouvoir et la résolution de conflit s'avère un facteur facilitant de la CIP. La double formation (professionnel de la santé et praticien en MC), l'accréditation des praticiens des MC dans leur propre discipline de même que la communication, les références mutuelles et la rétroaction de résultats positifs pour le patient sont également des facteurs facilitants. Une connaissance approfondie et une compréhension des habiletés des autres professionnels sont des facteurs facilitants cruciaux dans le développement de la CIP. Finalement, la demande des patients pour des soins holistiques et d'intervention des MC dans les situations où la médecine conventionnelle a peu à offrir contribue à stimuler le besoin de CIP entre ces deux groupes de praticiens.

Une des forces de cette revue systématique est qu'elle utilise une approche rigoureuse en trois étapes (recherche exhaustive des écrits scientifiques, évaluation de la qualité des 37 études incluses dans l'étude et une analyse à l'aide d'un cadre de référence) et présente un portrait élargi des déterminants de la CIP en contexte de médecine intégrative principalement au Canada et au Royaume-Uni (Chung et al., 2012). Cependant, puisque les résultats sont basés sur la documentation des déterminants effectuée par les auteurs originaux de chaque étude, nous nous sommes aussi intéressés aux limites de ces études. Tout d'abord, la composition de certains échantillons de convenance non raisonnés peut conduire à des biais. De plus, le ratio de médecins/praticiens des MC est souvent inégal. Enfin, élément non négligeable, parmi les 11 études réalisées dans un contexte clinique canadien (Boon & Kachan, 2008; Boon et al., 2009; Gaboury et al., 2010; Gaboury et al., 2009; Garner et al., 2008; Hollenberg, 2006, 2007; Mior et al., 2010; Mulkins et al., 2005; Soklaridis et al., 2009; Theberge, 2008), une seule, celle de Soklaridis et collègues (2009), inclut un ostéopathe dans son échantillon ce qui limite nettement la capacité de transférabilité des résultats au contexte de CIP entre les ostéopathes et les médecins québécois. Bien qu'il soit possible que les déterminants décrits par Chung et collaborateurs (2012) soient pertinents également pour la CIP entre les ostéopathes et les médecins, il est impossible d'en être convaincu.

Une autre étude qualitative réalisée dans deux cliniques de médecine intégrative en Australie souligne plusieurs facteurs influençant les relations et les références

interprofessionnelles dans ce contexte particulier de pratique (Gray & Orrock, 2014). Deux médecins, deux ostéopathes et deux homéopathes ont participé à des entretiens semi-dirigés. Les résultats de l'analyse thématique soulignent que les discussions et les échanges informels tendent à renforcer les relations interprofessionnelles. Selon les participants, le fait de se connaître, d'avoir socialisé et d'avoir des clients communs conduit au développement d'un climat de respect mutuel. L'engagement de l'ensemble des intervenants vers une approche centrée sur le patient est un facteur facilitant à la collaboration contrairement à une approche de « propriété » envers le patient. Une dynamique non hiérarchique est également un facteur facilitant la collaboration. Plus spécifiquement en lien avec l'échange de références, la connaissance du champ de pratique des intervenants et la confiance en la capacité de l'autre à respecter ses limites professionnelles sont des facteurs facilitants. Toutefois, la préoccupation concernant l'aspect médico-légal et la responsabilité à la suite d'une référence demeure une barrière, particulièrement pour des références à des intervenants moins connus ou nouveaux dans la clinique. Bien que la taille de l'échantillon de convenance soit limitée et que les auteurs ne mentionnent pas de saturation dans les thèmes, les résultats de cette étude soulèvent certains facteurs facilitants et barrières directement en lien avec la collaboration entre les médecins et les ostéopathes en contexte de clinique intégrative, ce qui diffère du contexte de notre étude.

3.4 Conclusion de la recension des écrits

Dans l'ensemble, les études recensées sur la CIP entre la médecine conventionnelle et les praticiens en thérapie manuelle, comme les ostéopathes, sont peu nombreuses et présentent plusieurs limites. Les principales limites soulevées dans la recension sont l'étude fréquente de plusieurs types de MC en même temps, le faible taux de réponse, l'étude d'une seule région géographique, la rareté d'inclusion de médecins et de praticiens en MC dans une même étude, l'étude des facteurs facilitants et des barrières à la CIP exclusivement réalisée en contexte de médecine intégrative, la présence d'un seul ostéopathe dans l'ensemble des études canadiennes recensées et l'absence d'études utilisant un devis mixte pour l'étude du phénomène complexe de la CIP. De plus, aucune étude ne s'est intéressée spécifiquement à la CIP entre les médecins et les ostéopathes intervenant auprès de la clientèle pédiatrique.

Dans un contexte d'encadrement professionnel de l'ostéopathie au Québec et d'entrée probable à l'université de la formation de cette profession, ces informations sont essentielles à l'élaboration d'une pratique de collaboration efficace et sécuritaire, centrée sur le patient et optimisant l'intégration de nouvelles avenues thérapeutiques et la complémentarité des soins. En effet, la connaissance des barrières et facteurs facilitants spécifiques à un contexte de soins est la première étape pour développer une pratique axée sur la collaboration (Kailin, 2001).

CHAPITRE 4

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude vise à mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes québécois impliqués auprès de la clientèle pédiatrique.

Les objectifs spécifiques sont :

- 1) Décrire la situation actuelle au Québec en termes de collaboration entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique.
- 2) Explorer les facteurs facilitants et les barrières au développement de la CIP expérimentés par les médecins et les ostéopathes.

CHAPITRE 5

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre est consacré à la présentation de la méthode utilisée pour répondre aux objectifs de l'étude. Dans un premier temps, le dispositif de recherche et sa justification sont présentés. Par la suite, les méthodes pour la réalisation du volet quantitatif et du volet qualitatif sont décrites l'une à la suite de l'autre. La section subséquente expose brièvement la prise en compte dans l'étude de la qualité et la validité des méta-inférences propre au devis mixte séquentiel explicatif. Finalement, les considérations éthiques sont exposées.

5.1 Dispositif de recherche

Un dispositif de recherche mixte de type séquentiel explicatif, qui inclut un volet quantitatif suivi d'un volet qualitatif (QUAN – QUAL) (Creswell, 2014), a été utilisé pour répondre aux objectifs de l'étude. Cette démarche visait, dans un premier temps, à déterminer la fréquence et l'amplitude des phénomènes à l'aide du volet quantitatif. Dans un deuxième temps, la démarche explore la signification et la compréhension des construits à l'aide du volet qualitatif (Creswell & Plano Clark, 2011). Ce devis mixte, situé dans un paradigme pragmatique (Morgan, 2007), s'intéresse à la recherche appliquée visant à interpeler les gens impliqués dans le phénomène et à diffuser les résultats dans les milieux cliniques et auprès de décideurs. Ce devis permet de mettre l'emphase sur la compréhension du phénomène nouveau, complexe et contextualisé de la CIP entre les médecins et les ostéopathes.

Dans ce dispositif de recherche, les données quantitatives et qualitatives sont d'égale importance mais sont recueillies en deux temps distincts et successifs (Creswell, 2009). Les données qualitatives aident à expliquer en profondeur les mécanismes sous-jacents aux données quantitatives préalablement obtenues. L'intégration de ces deux types de données maximise les forces et minimise les faiblesses de chaque type de données (Creswell et al., 2011; Onwuegbuzie & Johnson, 2006). L'intégration des données de la présente étude a été

réalisée de façon connectée, ce qui impliquait d'abord l'analyse des données quantitatives et l'utilisation de ces informations pour influencer ensuite la collecte des données qualitatives (Creswell & Plano Clark, 2011). Concrètement, le volet quantitatif (objectif 1) a été réalisé sous forme de recensement à l'aide de questionnaires postaux (une version pour les médecins et une version pour les ostéopathes). Les données quantitatives recueillies et analysées ont servi à guider la procédure d'échantillonnage raisonné et le choix des éléments à explorer plus en profondeur ainsi qu'à bonifier le guide d'entrevue pour les entretiens individuels réalisés dans le volet qualitatif auprès des médecins de famille, des pédiatres et des ostéopathes (objectif 2).

5.2 Volet quantitatif

Ce premier volet a permis de répondre l'objectif 1 de l'étude soit de décrire la situation actuelle au Québec en termes de collaboration entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique.

5.2.1 Population à l'étude et taille d'échantillon

Le volet quantitatif vise un recensement auprès de l'ensemble des médecins de famille québécois avec une pratique pédiatrique, des pédiatres sans surspécialité au Québec et des ostéopathes pratiquant auprès d'une clientèle pédiatrique et membres d'Ostéopathie Québec. En l'absence d'encadrement de la pratique ostéopathique au Québec, ces ostéopathes pratiquant au Québec sont ceux qui répondaient de plus près aux critères de formation en ostéopathie décrits par l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization, 2010a), soit un minimum de 4 200 heures de formation incluant 1 000 heures de pratique clinique ou son équivalent.

5.2.2 Échantillonnage et procédure de recrutement

Le premier groupe de participants à ce volet quantitatif est l'ensemble des membres ostéopathes d'Ostéopathie Québec pratiquant auprès de la clientèle pédiatrique. Un peu plus de 1000 membres étaient en pratique active en 2014 et 737 d'entre eux pratiquaient, sans exclusivité, auprès d'une clientèle pédiatrique (données issues de l'Assemblée

générale annuelle d'Ostéopathie Québec de 2013 et de la liste de caractéristiques de ses membres en 2014). En septembre 2014, un sondage postal (version ostéopathes) a été envoyé aux 737 membres qui exercent, entre autres, auprès de la clientèle pédiatrique. Un premier rappel postal sous forme de carte postale a été effectué une semaine après l'envoi initial et un deuxième envoi du questionnaire a été effectué trois semaines plus tard (Dillman, 2014). Une telle stratégie de recrutement auprès des membres de l'un des organismes cofondateurs d'Ostéopathie Québec avait été utilisée avec succès en 2011-2012 avec un taux de réponse de 60,1 % (Morin & Aubin, 2014). De plus, la promotion du sondage a été effectuée sur le site d'Ostéopathie Québec et l'étudiante-chercheure a été présente à plusieurs événements dans la communauté ostéopathique à l'automne 2014.

Le deuxième groupe de participants au volet quantitatif est l'ensemble des médecins de famille pratiquant auprès d'une clientèle pédiatrique (n = 1 327) ainsi que les pédiatres sans surspécialité du Québec (n = 738) inscrits dans la base de données *Scott MD Select* en décembre 2013. En septembre 2014, le sondage postal (version médecins) a été envoyé à ces 2 065 médecins de famille et pédiatres selon la même méthodologie utilisée pour le groupe d'ostéopathes. Malgré le défi d'obtenir un taux de participation satisfaisant, particulièrement auprès des médecins, les sondages demeurent une façon efficace et abordable, parfois même la seule, d'obtenir de l'information sur les pratiques cliniques, les expériences et les perspectives d'une population large et diversifiée (Cho et al., 2013; Klabunde et al., 2013). Afin de réduire le biais potentiel de non réponse inhérent au faible taux de participation des médecins, une combinaison de stratégies visant à maximiser le taux de réponse a été mise en place. Ces stratégies sont la création de questionnaires visuellement attrayants par un graphiste, l'envoi d'un court questionnaire par voie postale, démontré plus efficace qu'un sondage par courriel pour l'atteinte d'un taux adéquat de participation des médecins (Cho et al., 2013) et l'envoi de rappels à une semaine et à un mois suivant l'envoi initial du questionnaire (Klabunde et al., 2013). En plus des stratégies employées pour obtenir un taux maximum de réponses, un suivi a été effectué auprès de six départements de pédiatrie du Québec afin que le responsable rappelle la possibilité à ses membres de participer au sondage lors de réunions administratives ou cliniques. De plus, l'étudiante-chercheure a été présente dans différents congrès médicaux à l'automne 2014.

En supposant un taux de réponse de 20 % des médecins de famille/pédiatres et de 40 % des ostéopathes, les effectifs envisagés (approximativement 413 médecins et 295 ostéopathes pouvant varier selon le nombre de retour d'enveloppes mentionnant une mauvaise adresse) permettaient d'obtenir une marge d'erreur de plus ou moins 5 % et 6 % respectivement sur les estimés, et ce, 19 fois sur 20.

5.2.3 Outils et collecte de données

Un processus itératif en trois étapes a guidé le développement des questionnaires du sondage (version médecins et version ostéopathes) soit l'étape de développement, l'étape du pré-test et l'étape du pilote (Campanelli, 2008).

La première version des questionnaires a été basée sur une revue des questionnaires existants concernant la CIP entre les intervenants de la médecine conventionnelle et les praticiens en MC. Le questionnaire a été divisé en trois catégories selon le modèle conceptuel de l'étude, celui de Mior et collaborateurs (2010) : a) les paramètres de pratique, b) la communication et c) les paramètres de prestation de soins, notamment l'influence du processus d'encadrement en cours au Québec. Les questionnaires existants sur les connaissances de l'ostéopathie par les médecins (Wotruba, 2010) et les autres professionnels de la santé (Hough et al., 2003), sur la formation continue et les sources d'information concernant l'ostéopathie (Hough et al., 2003) ou les MC pour la population pédiatrique (Fountain-Polley et al., 2007), sur les expériences de collaboration avec les praticiens des MC (Fountain-Polley et al., 2007), sur les références (Hough et al., 2003; Jong et al., 2012; Wotruba, 2010), sur la communication et les relations professionnelles (Hough et al., 2003) et sur les variables sociodémographiques en lien avec la collaboration (Fountain-Polley et al., 2007; Hough et al., 2003; Jong et al., 2012; Wotruba, 2010) ont été considérés. Cette première version a été pré-testée auprès de deux médecins, d'un pédiatre et de trois ostéopathes, puis avec un expert sur la CIP et un autre expert sur le développement de questionnaires. La version améliorée des questionnaires a été expérimentée (procédure et durée) à l'aide de huit entrevues cognitives individuelles (Dillman, 2014) réalisées avec deux médecins, deux pédiatres et quatre ostéopathes. Les entrevues cognitives ont permis, entre autres, de déterminer la façon optimale de placer les

documents dans les enveloppes afin de créer un visuel attrayant dès l'ouverture de celles-ci et de valider la compréhension des questions par les participants (Dillman, 2014). De 8 à 10 minutes étaient nécessaires pour compléter le sondage. La version finale des questionnaires (Annexes 2 et 3) porte sur : a) la connaissance des paramètres de pratique en ostéopathie (version médecins seulement), soit les aspects généraux de la pratique de l'ostéopathie (10 questions), la connaissance du champ de pratique de l'ostéopathie pour certaines problématiques pédiatriques (10 questions), les sources d'information sur l'ostéopathie (1 question) et sur les expériences rapportées par les patients à la suite d'une consultation en ostéopathie (1 question); b) certains aspects de la communication (7 questions) soit la présence de relations interpersonnelles, les références, les méthodes de communication, le niveau de collaboration actuel perçu (version ostéopathes seulement) et l'importance de la présence de l'autre intervenant dans son réseau de collaborateurs; c) l'influence de l'encadrement de l'ostéopathie sur la CIP (1 question); d) les données sociodémographiques suivantes: genre, années d'expérience, type de pratique, discipline, consultation personnelle d'un ostéopathe (version médecins seulement) et présence d'un médecin dans l'environnement de travail (version ostéopathes seulement). En plus du questionnaire, les ostéopathes ont été invités à remplir une grille portant sur une période de deux semaines de travail afin de documenter la provenance des références de tous les nouveaux clients de 0-18 ans ainsi que la présence d'échange d'informations cliniques, de manière écrite ou verbale, avec les référents.

5.2.4 *Analyses des données*

Le nombre de bonnes réponses sur 10 a été calculé pour les questions adressées aux médecins concernant les paramètres de pratique généraux en ostéopathie. Le nombre total de bonnes réponses aux 10 questions sur la connaissance du champ de pratique de l'ostéopathie pour certaines problématiques pédiatriques a également été calculé et des moyennes et écarts types ont été générés pour ces deux sections du questionnaire pour les médecins. Les fréquences et pourcentages ont été calculés pour les autres données quantitatives provenant des questionnaires sur les sources d'information en lien avec l'ostéopathie, la rétroaction des expériences de patients à la suite d'une consultation en ostéopathie, la présence d'une relation professionnelle, la pertinence et les modes de

communication, les références, l'importance de la présence de l'autre intervenant dans son réseau de collaborateurs, le niveau de collaboration perçue, l'influence de la réglementation et l'information sociodémographique.

Le test du chi carré ou le test t (selon le type de variable dépendante) a été utilisé pour identifier les variables associées de façon significative aux références ostéopathiques par les médecins (oui ou non) et les facteurs associés au nombre de bonnes réponses sur 10 concernant les paramètres généraux de la pratique ostéopathique. Les variables indépendantes significativement associées aux références ostéopathiques ($p < 0,05$) ont été introduites dans un modèle de régression logistique. Les variables associées au nombre de bonnes réponses concernant les paramètres de la pratique générale ostéopathique ont été pour leur part introduites dans un modèle d'analyses de régression linéaire multiple. La normalité de la variable *Connaissance des paramètres de la pratique générale ostéopathique* a été vérifiée visuellement à l'aide d'un histogramme. Une vérification du respect des prémisses d'utilisation de ces modèles de régression et une analyse des résidus ont été effectuées. Toutes les analyses ont été faites en utilisant SPSS 17 (Chicago, IL).

5.3 Volet qualitatif

Ce volet qualitatif a permis de répondre à l'objectif 2 de l'étude soit d'explorer les facteurs facilitants et les barrières au développement de la CIP expérimentés par les médecins et les ostéopathes.

5.3.1 Participants, échantillonnage et procédure de recrutement

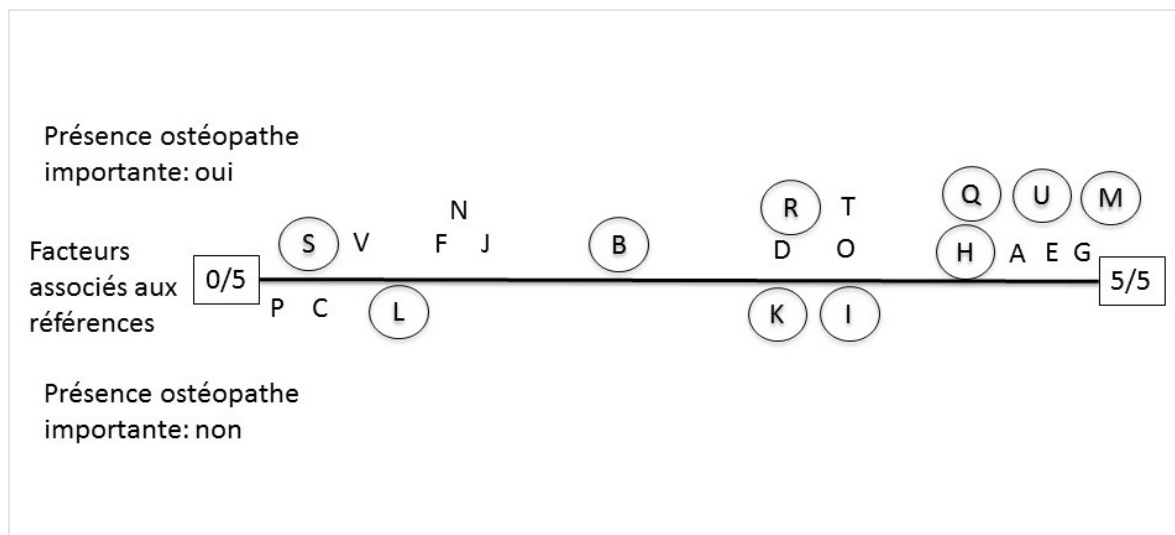
À la suite de l'analyse des données du volet quantitatif, le volet qualitatif a été réalisé par des entretiens individuels auprès d'un sous-échantillon de 10 médecins (6 pédiatres et 4 médecins de famille) et de 11 ostéopathes (avril à août 2014). Un choix raisonné, parmi les participants qui ont retourné le questionnaire postal et qui ont manifesté leur intérêt à participer à ce volet, a guidé la composition des échantillons du volet qualitatif. Les participants dont le profil semblait intéressant à explorer plus en profondeur ont été choisis à partir des résultats significatifs ou non significatifs du premier volet, des prédicteurs importants de références, des résultats extrêmes ou inattendus et de certaines données

sociodémographiques (Creswell & Plano Clark, 2011). L'analyse continue des données du volet qualitatif a permis également de guider le choix des participants subséquents. Le processus a été répété jusqu'à l'atteinte de la saturation des thèmes (Miles et al., 2014; Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Un échantillon de 10 à 15 personnes par type de répondants (médecins ou ostéopathes) était visé puisque généralement recommandé pour atteindre cette saturation (Kvale, 2009).

Pour guider le choix raisonné des médecins en vue des entretiens (choix possible de 22 répondants), un profil a été établi, en premier lieu, à partir des variables documentées liées aux pratiques de référence soit : la consultation personnelle d'un ostéopathe (oui/non), le nombre de bonnes réponses concernant les paramètres de pratique (sur un total maximal de 10), l'utilisation de sources d'information directes au sujet de l'ostéopathie (oui/non), la mention d'expériences positives rapportées par les patients (oui/non) et la présence d'une relation professionnelle (oui/non). Un score sur cinq (un point par variable) a ainsi été établi afin de positionner les médecins ayant exprimé leur intérêt à participer aux entretiens sur un continuum de facteurs présents pouvant favoriser ou non la pratique de références (Figure 2). En deuxième lieu, chaque médecin (représenté par une lettre) a été positionné au-dessus ou au-dessous du continuum selon qu'il avait identifié la présence d'un ostéopathe dans le réseau de collaborateurs comme importante (oui = importante ou très importante / non = pas ou peu importante). Finalement, l'échantillon a été diversifié, lorsque possible, en sélectionnant des médecins de famille et des pédiatres et en considérant les années d'expérience de travail.

Figure 2

Matrice d'échantillonnage raisonné des médecins pour les entretiens qualitatifs

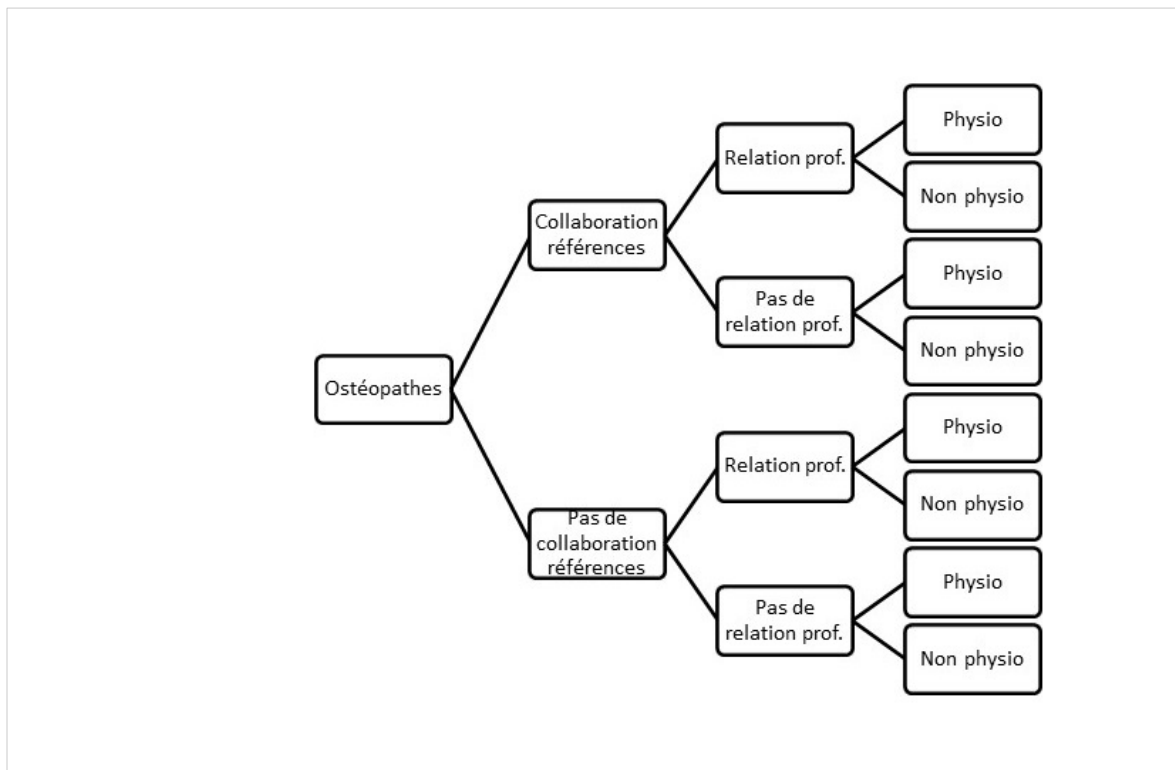


Les médecins sélectionnés pour les entretiens sont représentés par les lettres encadrées.

Pour le choix raisonné des ostéopathes en vue des entretiens (choix possible de 102 répondants), seuls les ostéopathes ayant mentionné recevoir en moyenne plus de cinq clients pédiatriques par semaine ont été considérés. Trois étapes ont permis de catégoriser les ostéopathes selon les variables issues des analyses statistiques pouvant influencer la collaboration mais également selon les commentaires libres recueillis dans les questionnaires tant des médecins que des ostéopathes (Figure 3). Dans la première étape, les ostéopathes ont été catégorisés selon le niveau de collaboration générale avec des médecins en utilisant les variables « référence à un médecin dans les six derniers mois (oui/non) » et « niveau de collaboration perçue avec les médecins (oui = occasionnel à très fréquent / non = inexistant ou rare) ». Dans la deuxième étape, chacune de ces catégories a de nouveau été scindée en deux selon la présence (oui/non) d'une relation professionnelle avec un médecin. Enfin, les participants possédant ou non une formation initiale en physiothérapie ont été triés puisque plusieurs médecins avaient mentionné dans les commentaires libres qu'ils collaboraient seulement avec des ostéopathes initialement formés en physiothérapie. Dans le choix final, le nombre d'années d'expérience de travail et la forme de pratique (solo ou de groupe) ont aussi été considérés pour diversifier l'échantillonnage.

Figure 3

Diagramme d'échantillonnage raisonné des ostéopathes pour les entretiens qualitatifs



5.3.2 Outils et collecte de données

L'entretien, connu comme un moyen efficace d'avoir accès à la réalité de l'interviewé et d'explorer en profondeur son vécu (Poupart et al., 1997), a été l'outil de collecte pour le volet qualitatif. Un guide initial d'entretien semi-structuré a été développé par l'équipe de recherche à partir du modèle collaboratif de Mior et collaborateurs (2010), des résultats quantitatifs appelant une exploration plus en profondeur et des commentaires qualitatifs recueillis dans les questionnaires. À partir des neuf questions ouvertes du guide d'entretien (Annexe 4), les participants ont été amenés à élaborer sur leurs expériences de collaboration ainsi que sur leur perception des facteurs facilitants et des barrières à la CIP entre les médecins et les ostéopathes. Lors des entretiens, une place prépondérante a été laissée à la subjectivité et au sens de l'expérience des participants (Poupart et al., 1997). Des sous-questions ont été utilisées lorsque nécessaire pour approfondir un thème (Kvale,

2009). Afin de dresser un portrait complet, les participants ont été invités à ajouter librement des commentaires concernant la collaboration à la fin de l'entretien. Le guide d'entretien initial a été testé dans trois entrevues pilotes avec trois intervenants différents, soit un médecin de famille, un pédiatre et un ostéopathe. Tout au long de la réalisation de ces entretiens, le guide est demeuré évolutif et a été bonifié au besoin après l'analyse du contenu des entretiens précédents entre chaque entrevue. Ce processus itératif a permis d'atteindre la profondeur souhaitée dans l'exploration du phénomène de CIP. Le consentement écrit de chaque participant a été obtenu avant le début de l'entretien. Les participants recrutés (n = 21; 10 MD et 11 ostéo) ont donc été rencontrés pour un entretien individuel semi-dirigé d'environ une heure (durée variant de 26 à 76 minutes) enregistré sur bande audio. Les entrevues ont été effectuées en face à face (n = 13), au lieu et au moment choisis par le participant ou par une autre technologie, telle que Skype ou Go to Meeting lorsque nécessaire (n = 8). Les entrevues ont toutes été réalisées par l'étudiante-chercheure, elle-même ostéopathe, assurant ainsi une uniformité et facilitant l'approfondissement de certains thèmes de l'entretien. Sa formation en ostéopathie a été divulguée aux participants et une attention particulière a été portée à ne pas influencer l'entretien dans une direction privilégiée afin de réduire l'effet des expériences de la chercheure sur les participants. Tous les entretiens ont été retranscrits sous forme manuscrite. L'étudiante-chercheure a utilisé des mémos pour noter ses commentaires, impressions et réflexions personnelles pendant et immédiatement après chacun des entretiens. De plus, une rétroaction sur le contenu des trois premiers entretiens par l'équipe de recherche a été effectuée afin de bonifier et d'améliorer le guide d'entretien initial. Au besoin, un entretien téléphonique de courte durée a été effectué lorsque des clarifications sur les propos des participants ont été jugées nécessaires (n = 2).

5.3.3 *Analyses et interprétation des données*

Les participants et leur contexte ont d'abord été décrits. Les données tirées des enregistrements ont rapidement été retranscrites et introduites dans le logiciel de gestion de données qualitatives NVivo 10 (Burlington, MA). Une écoute des enregistrements effectués immédiatement après chacun des entretiens a permis d'enrichir les notes de terrain de l'étudiante-chercheure. Une première lecture a été effectuée rapidement après la

transcription et avant le prochain entretien afin de dégager une compréhension générale des données (Creswell & Plano Clark, 2011). De courts mémos ont été rédigés en marge des transcriptions lors de cette première lecture et une grille de codification mixte (Huberman & Miles, 2003) a été construite à l'aide du modèle conceptuel présenté et des codes émergents à la suite des analyses. Le processus de création de la grille de codage a permis l'organisation des données. L'analyse des données a été par la suite effectuée selon la procédure proposée par Creswell (Creswell & Plano Clark, 2011) : les données manuscrites tirées des enregistrements ont d'abord été divisées en unités de sens (phrases, paragraphe, idées) puis codées à l'aide de la grille de codage. Les codes utilisés pouvaient provenir des mots exacts du participant (in vivo), d'une composition du chercheur ou d'un concept déjà présent dans le cadre conceptuel (Miles et al., 2014). Une approche itérative incluant un aller-retour entre les analyses antérieures et les analyses subséquentes a été utilisée afin de raffiner les codes (Poupart et al., 1997). Les codes ont été regroupés en thèmes en fonction des caractères communs au regard des expériences, des barrières et des facteurs facilitants à la CIP. Les thèmes ont ensuite été reliés ou comparés pour obtenir les dimensions ou perspectives plus larges (Creswell & Plano Clark, 2011). Les données de cinq entretiens ont été analysées et codées par deux membres de l'équipe de chercheurs de façon indépendante puis comparées et discutées afin d'obtenir un consensus. Une représentation des données a été effectuée à l'aide de tableaux et d'extraits de verbatim présentés dans leur contexte. Des analyses statistiques descriptives et bivariées complémentaires des données du volet quantitatif ont été également effectuées lorsque nécessaires pour confirmer ou infirmer certaines conclusions qualitatives émergentes durant l'analyse en continu des données des entrevues de la phase qualitative (Onwuegbuzie & Johnson, 2006).

5.3.4 Rigueur

Le respect des critères de scientificité des études qualitatives a permis d'assurer la rigueur méthodologique de ce volet de la recherche. Les membres de l'équipe de recherche ont discuté de leurs idées préconçues avant l'analyse des entretiens et ont eu le souci constant de retourner au contenu de base de ces entretiens. De plus, un journal de bord a été complété régulièrement par l'étudiante-chercheuse pour y noter ses réflexions à divers

moments dans l'étude. La prise en compte de la position de l'étudiante-chercheuse ostéopathe a été réalisée par l'inclusion des notes terrains et de l'aspect réflexif du journal de bord dans les analyses ainsi que par le débriefing avec l'équipe après les entretiens (Poupart et al., 1997). La crédibilité de l'étude est également augmentée par le codage des données de façon précise et exhaustive, par l'approche itérative utilisée, par la prise en compte des données contextuelles et par la confrontation des thèmes et des hypothèses. De plus, une triangulation des sources, médecins de famille, pédiatres et ostéopathes, a été utilisée de même qu'une étude approfondie des diverses interprétations du phénomène (Miles et al., 2014) et de la confrontation des résultats du volet quantitatif et qualitatif. La fiabilité de l'étude est soutenue par l'utilisation de bandes audio, la description en détail des stratégies de collecte et d'analyse des données, le co-codage, la saturation des thèmes et les discussions en équipe. Finalement, la description détaillée des caractéristiques des participants, des étapes du processus de recherche et des décisions, de même qu'une description en profondeur des analyses, permettent de valider la transférabilité (Poupart et al., 1997).

5.4 Qualité d'inférence et validité des méta-inférences propre au devis mixte séquentiel explicatif

Cette étude utilise un dispositif de recherche mixte de type séquentiel explicatif qui, en plus des enjeux de qualité et de validité propres aux phases quantitative et qualitative, présente des enjeux spécifiques liés à la mixité des méthodes. Ces enjeux ont été considérés tout au long de l'étude. Les choix les plus appropriés concernant le dispositif de recherche, les outils de collectes de données, l'échantillonnage entre les deux volets et les méthodes d'analyse et d'intégration des données ont été effectués afin de répondre aux objectifs de l'étude (Tashakkori & Teddlie, 2008). Une attention particulière a également été portée à la validité des méta-inférences, c'est-à-dire le résultat de la combinaison des inférences issues à la fois des méthodes quantitative et qualitative. (Onwuegbuzie & Johnson, 2006).

5.5 Considérations éthiques

Le comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a approuvé cette étude (Annexe 5). L'introduction et les instructions écrites transmises aux participants sur le questionnaire du volet quantitatif spécifiaient clairement qu'en complétant ce sondage et en le retournant, les répondants donnaient leur consentement libre et éclairé à leur participation à cette étude. L'identité individuelle n'a été révélée d'aucune façon et les réponses aux questionnaires ont été incluses dans des résultats de groupe. La section permettant de spécifier le nom et le meilleur moyen de joindre le participant intéressé aux entretiens du volet qualitatif (Annexes 2 et 3) a été retirée des questionnaires afin de rendre ceux-ci anonymes.

Pour le volet qualitatif, un formulaire de consentement (Annexe 6) incluant les buts de la recherche, les retombées potentielles, les risques et les bénéfices a été présenté de façon écrite et verbale aux participants puis signé par ceux-ci avant le début de l'entretien. Les participants étaient libres de se retirer en tout temps de l'étude. La confidentialité de même que la sécurité des données a été assurée par la chercheuse principale.

CHAPITRE 6

RÉSULTATS

Ce chapitre comporte les trois articles portant sur les résultats de la recherche. Le premier article présente la situation actuelle au Québec en termes de CIP entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique (objectif 1). Le deuxième article porte sur la documentation des pratiques de collaboration ainsi que des facteurs facilitants et des barrières à la CIP entre les médecins et les ostéopathes (objectifs 1 et 2). Le dernier article explicite plus en profondeur les pratiques et les défis spécifiquement en lien avec la communication entre ces intervenants (objectifs 1 et 2).

6.1 Interprofessional collaboration between physicians and osteopaths for paediatric population: What is the situation in Quebec?

Auteurs de l'article : Chantal Morin, Johanne Desrosiers, Isabelle Gaboury

Statut de l'article : soumis le 1^{er} décembre 2016 à *Paediatric & Child Health*

Avant-propos : cet article, inséré dans sa forme manuscrite, présente les résultats liés à l'objectif 1 de l'étude soit de décrire la situation actuelle au Québec en termes de CIP entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec. L'étudiante a élaboré et mené l'ensemble de la recherche, sous la supervision des co-auteurs.

Contribution de l'étudiante : l'étudiante a écrit la première version complète de l'article. Les coauteures (directrices) ont commenté et bonifié la première version de l'article. L'étudiante a retravaillé l'article à la lumière des commentaires et discussions avec les coauteures. La version finale de l'article a été approuvée par l'ensemble des auteurs. L'autorisation d'intégration de cet article écrit en collaboration a été obtenue.

Titre français : Collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique : Quelle est la situation au Québec?

Résumé :

Introduction : La popularité de l'ostéopathie est croissante au Canada, particulièrement au Québec, où elle est la médecine complémentaire la plus souvent recommandée par les médecins de famille. Cependant, les facteurs favorisant le développement de la collaboration interprofessionnelle (CIP) entre les médecins et les ostéopathes sont encore peu étudiés. Cette étude visait à décrire la situation actuelle en termes de CIP chez ces praticiens travaillant auprès de la clientèle pédiatrique.

Méthodes : Un questionnaire postal auto-administré a été envoyé aux ostéopathes, aux médecins de famille et aux pédiatres impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec. Le questionnaire a permis de documenter les connaissances générales sur les paramètres de pratique et le rôle de l'ostéopathie, les sources d'information, les aspects liés

à la communication, y compris la relation professionnelle et les références et finalement, l'impact du processus d'encadrement de l'ostéopathie.

Résultats : Au total, 274 médecins (155 médecins de famille (taux de réponse 13 %) et 119 pédiatres (17 %)) et 297 ostéopathes (42 %) ont répondu à l'enquête. Selon les médecins, l'ostéopathie est utile principalement pour les douleurs musculo-squelettiques (241; 91 %) et la plagiocéphalie (235; 88 %). Les références en ostéopathie sont positivement associées à la présence d'une relation professionnelle (rapport de cote [RC] 4,10 (intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] 2,12; 7,95), $p < 0,001$), aux consultations personnelles (RC 2,58 (IC 95 %: 1,35; 4,93), $p = 0,004$), à la pratique médicale en milieu non hospitalier (RC 1,89 (IC 95 % 1,03; 3,47), $p = 0,040$) et à la connaissance du rôle de l'ostéopathie dans certaines problématiques pédiatriques (RC 1,22 (IC 95 % 1.01; 1.47), $p = 0,042$). La majorité des médecins (72 %) et des ostéopathes (62 %) considèrent l'encadrement à venir de l'ostéopathie comme un facteur positif à la collaboration.

Interprétation : Une certaine collaboration existe déjà entre ces praticiens, y compris des références mutuelles, mais plusieurs défis persistent dans l'optimisation de cette collaboration.

Abstract

Background: Osteopathy is an increasingly popular healthcare approach, especially in Quebec, Canada, where it is the complementary medicine most often recommended by family physicians. However, factors fostering the development of interprofessional collaboration (IPC) between physicians and osteopaths are unknown. This study aimed to describe the current situation in terms of IPC among practitioners working with pediatric patients.

Methods: A self-administered questionnaire was sent to osteopaths, family physicians, and pediatricians involved with pediatric patients in the province of Quebec. The postal questionnaire captured general knowledge about osteopathy and its practice parameters and role, sources of information, communication aspects including having a professional relationship and referrals, and influence of regulation.

Results: A total of 274 physicians (155 family physicians (response rate 13%) and 119 pediatricians (17%)) and 297 osteopaths (42%) completed the survey. According to physicians, osteopathy was most appropriate for musculoskeletal pain (241; 91%) and plagiocephaly (235; 88%). Osteopathic referral was positively associated with having a professional relationship (odds ratio [OR] 4.10 (95% confidence interval [CI] 2.12; 7.95), $p < 0.001$), personal consultation (OR 2.58 (95% CI 1.35; 4.93), $p = 0.004$), community-based practice (OR 1.89 (95% CI 1.03; 3.47), $p = 0.040$), and belief in the active role of osteopathy for pediatric conditions (OR 1.22 (95% CI 1.01; 1.47), $p = 0.042$). The majority of physicians (72%) and osteopaths (62%) considered the upcoming regulation of osteopathy a positive factor for collaboration.

Interpretation: Some collaboration already exists among these practitioners, including mutual referrals, but optimizing this collaboration still poses some challenges.

Keywords: Pediatrics, physicians, osteopaths, interprofessional relations, osteopathic, survey, child health service

Words count: 2500

Table: 4

Introduction

Osteopathy is a complementary and alternative medicine (CAM) that is growing in popularity in Canada, especially in the province of Quebec (1, 2) where it is the CAM most often recommended by family physicians (3). Osteopathic manipulative treatments can facilitate the body's normal self-regulation and self-healing mechanisms by addressing areas of tissue strain, stress, or dysfunction that may impede normal function (4). In Quebec, osteopathic consultations for the pediatric population are frequent (5). The most common reasons include cranial deformities, torticollis, postnatal preventive healthcare, otolaryngology concerns, gastroesophageal reflux, motor or cognitive development concerns, musculoskeletal, respiratory and digestive problems, headaches, and sleep disturbances (2). Such functional disorders are known to pose a significant challenge to conventional medicine (6-8) and frequently require an interprofessional approach (9, 10).

Interprofessional collaboration (IPC) in primary care may be defined as a set of relationships and interactions that allows professionals to share their knowledge, expertise and experience to concomitantly address complex client needs (11). Many interactional (interpersonal relationships including willingness to collaborate, trust, communication and mutual respect), organizational and systemic factors (social, cultural, professional and education systems) are known to influence IPC (12). In the context of IPC between conventional medicine and CAM, differences in work culture, paradigms, knowledge and language are factors preventing interactions and limiting collaborations (13). Systemic factors such as liability concerns (14) and power disparities between physicians and CAM practitioners (13, 15, 16) also influence the collaboration process. To date, no studies have been published about IPC between physicians and osteopaths for pediatric patients. The absence of Canadian studies about the factors enabling the development of IPC between physicians and osteopaths for pediatric and other patients, coupled with the increase in osteopathy consultations by parents, points to the need to study this working arrangement, especially given the pending regulation of the osteopathic profession in Quebec (17).

This study aimed to describe the current general situation in the province of Quebec in terms of IPC between physicians and osteopaths working with pediatric clients. More

specifically, four aspects were examined: 1) physicians' knowledge about osteopathic practice parameters and role; 2) communication including referrals and professional relationships; 3) influence of regulation; and 4) factors associated with osteopathic referrals by physicians and factors linked to physicians' knowledge of key osteopathic practice parameters.

Methods

Study design, participants and recruitment procedure

This survey, conducted between September and November 2014, was the first (quantitative) phase of a larger sequential mixed method study aimed at improving understanding of IPC between physicians and osteopaths working with pediatric patients in Quebec. Postal questionnaire were sent to all family physicians with a pediatric population and pediatricians without a subspecialty in Quebec, according to Scott's MD Select 2013 directory as well as all members of Ostéopathie Québec (largest professional association in the province).

Efforts to maximize participation in the study included personalized questionnaires. The survey was also promoted on the Ostéopathie Québec website, and the first author attended various medical and osteopathic events in fall 2014. A reminder postcard was sent two weeks after the initial mailing and a second questionnaire two weeks later. Study aims were clearly described at the beginning of the questionnaire. Completing and returning the questionnaire anonymously indicated informed consent from participants. The study was approved by the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ethics committee for health research on humans (#14-115).

Instrument (survey questionnaire)

The physician and osteopath versions of the survey questionnaire were developed using a three-stage iterative process comprising developmental stage, question testing stage, and pilot stage (18).

The initial version of the questionnaire was based on a literature review of existing questionnaires regarding IPC between conventional medicine and CAM practitioners. It was divided into three categories according to the study's conceptual model, the Chiropractor-physician model of collaborative practice of Mior et al. (2010): practice parameters, communication, and care delivery parameters including regulation (14). We considered existing questionnaires on physicians' (19) or other health professionals' (20) knowledge of osteopathy, continuing education and sources of information about osteopathy (20) or CAM for the pediatric population (21), experiences of collaboration with CAM practitioners (21), referrals (19, 20, 22), communication and professional relationships (20), and sociodemographic variables related to collaboration (19-22). This first version was pretested with two physicians, one pediatrician, three osteopaths, and an expert on IPC and questionnaire development. The modified version was piloted (procedure and duration) in individual face-to-face cognitive interviews with two physicians, two pediatricians and four osteopaths. It took 8 to 10 minutes to complete the survey. The final version of the questionnaires covered: a) knowledge about osteopathic practice parameters including 10 questions regarding general aspects, 10 questions concerning belief in the active role of osteopathy for specific pediatric conditions, and one question regarding sources of information about osteopathy (physician version only); b) communication aspects including interpersonal relationships, referrals, and communication methods (7 questions); c) influence of regulation of osteopathy on IPC (1 question); and d) sociodemographic data: gender, years of experience, type of practice, discipline, personal consultation of an osteopath (physician version), and presence of a physician in the working environment (osteopath version).

Data analysis

The number of correct answers out of 10 was computed for the questions on the general aspects of practice parameters. Similarly, the total number of positive answers for the 10 questions on belief in the role of osteopathy for specific pediatric conditions was calculated. Means and standard deviations were generated. Other quantitative data from the questionnaires regarding communication, influence of regulation, and sociodemographic information were analyzed using descriptive statistics (frequencies and percentages).

Chi-squared or t tests (depending on the type of dependent variable) were first used to identify statistically significant variables associated with osteopathic referrals by physicians (yes or no) and factors associated with more correct answers out of 10 about general osteopathic practice parameters. Independent variables that were significantly ($p < 0.05$) associated were introduced in a stepwise backward logistic regression model for factors associated with osteopathic referrals or in multiple linear regression analyses for the number of correct answers about general osteopathic practice parameters. Normality of the knowledge variable was verified visually with a histogram and a residual analysis was conducted to verify basic assumptions for both regression models. All analyses were performed using SPSS 17 (Chicago, IL).

Results

A total of 2,802 questionnaires were mailed to family physicians (N=1327), pediatricians (N=738) and osteopaths (N=737). One hundred twenty-three family physician questionnaires were returned as undeliverable, 7 as retired, and 5 indicating that they were no longer family physicians (had specialized). For pediatricians, 30 questionnaires were returned as undeliverable. For osteopaths, 22 questionnaires were returned as undeliverable, and one as “retired”. A total of 274 physicians (155 family physicians out of 1,192 (response rate 13%) and 119 pediatricians out of 708 (response rate 17%)) and 297 osteopaths out of 714 (response rate 42%) completed the survey. All surveys were considered for analysis.

The respondents’ characteristics are summarized in Table 1. The majority were women, 122 physicians (45%) had consulted an osteopath for themselves, and 38 osteopaths (13%) had a physician working in the same clinic.

Table 1
Characteristics of participants

Characteristics	Physicians (n = 274)	Osteopaths (n = 297)
	Freq. (%; 95%CI)*	Freq. (%; 95%CI)
Gender (female)	202 (73.7; 68.0, 78.8)	236 (79.5; 74.3, 83.8)
Working experience (yrs):		
0 – 4	22 (8.1; 5.3, 12.2)	55 (18.5; 14.4, 23.5)
5 – 9	34 (12.5; 8.9, 17.2)	97 (32.7; 27.4, 38.4)
10 – 14	34 (12.5; 8.9, 17.2)	64 (21.5; 17.1, 26.8)
15 – 20	45 (16.5; 12.4, 21.6)	43 (14.5; 10.8, 19.1)
+ 21	137 (50.4; 44.3, 56.5)	38 (12.8; 9.3, 17.3)
Type of practice†:		
Group	75 (27.7; 22.5, 33.5)	159 (53.5; 47.7, 59.3)
Solo	25 (9.2; 6.2, 13.5)	159 (53.5; 47.7, 59.3)
Hospital	155 (57.2; 51.1, 63.1)	n/a
Community practice	132 (48.7; 42.6, 54.8)	n/a
Rehabilitation centre	9 (3.3; 1.6, 6.4)	n/a
Other	13 (4.8; 2.7, 8.3)	11 (3.7; 2.0, 6.7)

*Percentages reflect missing data (2 or 3 respondents)

†Respondents could check more than one answer

n/a: not applicable

Physicians' knowledge about osteopathic practice parameters

Physicians correctly answered 7.2 (SD 1.8) questions out of 10 on average concerning general knowledge about the practice of osteopathy (Table 2). Level of osteopathic education and regulation status of the profession were the questions with the lowest percentage of correct answers. However, almost all physicians agreed that being a physical therapist is not a prerequisite for being an osteopath in Quebec and that osteopaths evaluate and mobilize all body tissues, not just vertebrae. There were 6.8 (SD 1.91) positive answers for belief in the role of osteopathy for specific pediatric conditions (Table 2). A high percentage of physicians think that osteopathy has a role in addressing musculoskeletal pain as well as torticollis and plagiocephaly. When asked what their sources of information about osteopathy are (multiple answers were allowed), more than half of the physicians

mentioned asking information directly to an osteopath (52%), followed by patients (51%), and other health professionals (21%). Information was also obtained by personal searches (17%), from scientific articles (10%), and during continuing education sessions (8%).

Table 2

Physicians' general knowledge about osteopathic practice parameters and belief in the active role of osteopathy for specific pediatric conditions (n = 274)

Currently in Quebec, osteopaths ...	Frequency of correct answers (%)*
Do not have a protected title	122 (46.2)
Have more hours of training than a college degree	202 (76.5)
Have more hours of training than a bachelor's degree	147 (55.7)
Have training equivalent to a professional master's degree	90 (34.1)
Should have WHO osteopathic educational standards	243 (92.0)
Do not evaluate and mobilize only vertebrae	267 (99.6)
Are not always physical therapists	264 (98.1)
Evaluate and mobilize all body tissues	255 (95.1)
Have extensive knowledge of anatomy, physiology and pathology	215 (81.1)
Work only with their hands	135 (50.9)
Do you agree that osteopathic intervention ...	Frequency of positive answers (%)*
Is appropriate for musculoskeletal pain	241 (91.3)
Is appropriate for torticollis or positional plagiocephaly	235 (88.0)
Is not appropriate to evaluate recent, acute, or disabling abdominal pain	225 (85.9)
Is not appropriate to evaluate severe regurgitation with weight loss	221 (83.7)
Is not appropriate to relieve pain caused by otitis	206 (78.6)
Does not speed up the fracture healing process	183 (69.6)
Is appropriate for colic	138 (52.1)
Is appropriate for functional disorders (headache, foot alignment, etc.)	137 (51.9)
Is appropriate for general preventive healthcare	122 (46.4)
Is appropriate for postnatal preventive healthcare	114 (43.0)

*Percentages reflect missing data (5 to 11 respondents)

WHO: World Health Organization

Communication

Table 3 outlines communication aspects for each type of practitioner. More than one third of respondents had a professional relationship with the other practitioner. Nearly half the physicians referred pediatric patients to osteopaths at least once a month. The large majority of respondents (81% of physicians and 85% of osteopaths) said that communication was required for common patients and that their preferred communication methods were letters or verbal communication through the patient.

Influence of regulation

The majority of physicians (72%) and osteopaths (62%) said they would be moderately or greatly influenced by the upcoming regulation of osteopathy and the creation of university-based osteopathic programs. Eighteen percent of physicians and 22% of osteopaths would not be very influenced and respectively 10% and 16% said they would not be influenced at all by regulation, either because they already collaborated or because they had no interest in physician-osteopath collaboration (comments on the survey).

Factors associated with osteopathic referrals by physicians

Variables statistically associated with osteopathic referrals by physicians at the bivariate level were: gender (female), profession (family physician), general knowledge about practice parameters, direct sources of information about osteopathy, belief in the active role of osteopathy for pediatric conditions, community practice, personal consultation of an osteopath, and having a professional relationship. These last four variables remained in the final stepwise backward logistic regression model (Table 4).

Table 3
Communication aspects including relationship, referrals and communication methods

Relationship and referrals	Physicians (n = 269) Frequency (%)	Osteopaths (n = 297) Frequency (%)
Professional relationship (yes)	96 (35.6)	122 (41.1)
Referrals	Typical month	Last 6 months
0	104 (39.1)	107 (36.0)
1	55 (20.7)	45 (15.2)
2-3	42 (15.8)	79 (26.6)
4-5	13 (4.9)	33 (11.1)
More than 5	10 (3.8)	33 (11.1)
Never under any circumstances	42 (15.8)	n/a
New pediatric patients in osteopathic clinics referred by physicians over a two week period	n/a	269/1293 (20.8)
Written referral	96 (35.7)	96 (32.3)
Preferred primary communication method	Physicians (n = 107) Frequency (%)	Osteopaths (n = 126) Frequency (%)
Letter	38 (35.5)	57 (45.2)
Verbal to patient	39 (36.4)	48 (38.1)
Phone	19 (17.8)	8 (6.3)
Email	5 (4.7)	7 (5.6)
In person	3 (2.8)	4 (3.2)
Fax	3 (2.8)	2 (1.6)
Importance of having the other professional among collaborators	Physicians (n = 259) Frequency (%)	Osteopaths (n = 291) Frequency (%)
Not important	38 (14.7)	8 (2.8)
Slightly important	77 (29.7)	39 (13.4)
Quite important	113 (43.6)	163 (56.0)
Very important	31 (12.0)	81 (27.8)

Sample sizes varied due to non-responses

Table 4
Factors associated with osteopathic referrals by physicians

	OR (95% CI)	P value
Gender (female)	1.97 (0.96, 4.02)	0.064
Direct source of information	1.93 (0.98, 3.81)	0.058
Belief in active role for pediatric conditions	1.22 (1.01, 1.47)	0.042
Community practice	1.89 (1.03, 3.47)	0.040
Personal consultation	2.58 (1.35, 4.93)	0.004
Professional relationship	4.10 (2.12, 7.95)	<0.001

Stepwise backward logistic regression

Factors associated with knowledge about osteopathic general practice parameters

In the final linear regression model $F(7,247) = 9.117$ ($p < 0.001$), 20.5% of the variance in the number of correct answers (knowledge) concerning general osteopathic practice parameters was explained by having a direct source of information about osteopathy (osteopath or other health professional; $p = 0.009$) and the number of positive answers for belief in the appropriateness of osteopathy for pediatric conditions ($p < 0.001$) while considering all the other bivariate associated variables in the model (professional relationship, personal consultation with an osteopath, osteopathic referrals, importance of having an osteopath among collaborators (quite or very important versus not important), and gender).

Discussion

Main results and explanation

The main aim of this study was to describe the current situation in Quebec regarding interprofessional collaboration between physicians and osteopaths working with pediatric patients. We found that some collaboration already exists, including referrals and professional relationships between these practitioners, but other factors might improve this collaboration. Having a professional relationship or having personally used osteopathic

services were the factors most strongly associated with osteopathic referrals. It is known that consulting a CAM practitioner or having used CAM personally influences CAM referrals for the pediatric population (22, 23). Indeed, as noted by Mior and collaborators (2010) in the early stages of implementing collaborative care between conventional and CAM practitioners, informal social meetings or events could foster the personal relationships that help to develop mutual respect and trust and break down barriers to communication.

The majority of the survey respondents acknowledged the importance of communication, including exchanging information about common patients. The preferred communication methods were verbal via the patients or in writing for practitioners. In a previous study, physicians who recommended that parents of young patients consult with a CAM practitioner reported that sustained two-way communication with CAM practitioners was rare (24). In the present study, one third of respondents provided parents with a written referral, regardless of profession. In their cross-sectional study on communication regarding pediatric patients, Ben-Arye and collaborators (2007) found that, in addition to communicating clinical information and increasing the willingness to respond to the initial referral, the exchange of referral letters positively impacted the development of collaboration between physicians and CAM practitioners (25). Letters about common patients should include conventional/CAM diagnoses using jargon-free terminology, possible conventional/CAM treatment interactions, and treatment plan and goals (26). Since disclosure and overall discussion about CAM use during physician/patient encounters is reportedly limited (5, 27), especially for the pediatric population, verbal exchanges via the patient may not guarantee efficient communication between practitioners compared to exchanging letters.

Communication is also an important catalyst for other determinants of collaboration, such as sharing and developing mutual trust and respect (14). Mutual respect implies knowledge and recognition of the complementarity of other professionals' contributions (12). Pediatricians who have a high level of knowledge about CAM are more likely to recommend CAM and discuss CAM with parents (23). In this study, half the physicians asked an osteopath directly for information while about 20% asked other professionals

such as colleagues about the role of osteopathy for pediatric patients. Having such direct sources of information and believing osteopathy to be appropriate for certain pediatric conditions are associated with physicians' greater knowledge of general osteopathic practice parameters. More knowledge about practice parameters may lead to safer, appropriate two-way referrals. However, very few physicians said they had access to continuing education sessions about osteopathy, suggesting that formal education and information transmission concerning osteopathy are rare and could be improved.

Less than half the physicians knew that osteopaths are not yet regulated in Quebec, suggesting some confusion about the current status of osteopathic practice. However, the majority of respondents, both physicians and osteopaths, expected to be positively influenced by professional regulation and osteopathic university-based education. IPC between conventional and CAM practitioners is known to be affected by systemic determinants such as regulation (16). For example, practice conditions governed by Colleges of Physicians and Surgeons were found to be a significant barrier to IPC (15, 28) and, even when referral to unregulated CAM is allowed, physicians must consider patients' needs in light of medical, legal and ethical issues (29). A positive view of the upcoming regulation and the creation of osteopathic university-based programs in Quebec might improve interactions between practitioners and increase interprofessional education for future practitioners. More interactions during the training phase might in turn diminish current power disparities observed in practice (30).

Study limitations

This study has some limitations. First, the low response rate may limit the generalizability of the results. Nearly half the physicians had personally used osteopathic services, which may suggest that those respondents already had a positive attitude toward osteopathy. Since the respondents appeared to be open to and in favour of collaboration, the results likely underestimate the challenges facing collaboration between physicians and osteopaths. To deepen our understanding of IPC between these practitioners, some of the results of this survey are being further explored with qualitative data from purposeful sampling of physicians and osteopaths (phase 2 of the study).

Conclusion and future directions

This study examined the current IPC situation between physicians and osteopaths working with pediatric patients. Findings suggest that some collaboration already exists, including mutual referrals, but optimizing this collaboration still poses some challenges. Given the pending regulation of the osteopathic profession in Quebec and the need to promote the development of a healthcare delivery model that fosters safe patient-centred care, efforts must be made to reinforce communication skills and opportunities, provide physicians with easily accessible information about osteopathy, and ensure that regulatory bodies establish and maintain relationships after regulation.

Acknowledgments

Financial support for CM (doctoral candidate) and IG (Junior 1 Researcher) from the *Fonds de la Recherche du Québec en Santé* (FRQ-S) is gratefully acknowledged.

References

1. Esmail N. Complementary and Alternative Medicine in Canada: Trends in Use and Public Attitudes, 1997-2006. Vancouver, Canada: The Fraser Institute; 2007.
2. Morin C, Aubin A. Primary reasons for osteopathic consultation: a prospective survey in Quebec. *PloS One*. 2014;9(9):e106259.
3. Gaboury I, Johnson N, Robin C, Luc M, O'Connor D, Patenaude J, et al. Les médecins se considèrent-ils en mesure de répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec? *Canadian family physician*. 2016;62(12):e767-71.
4. World Health Organization (WHO). Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: Benchmarks for training in osteopathy. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2010.
5. Jean D, Cyr C. Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic. *Pediatrics*. 2007;120(1):e138-41.
6. Amiel-Tison C, Soyez-Papiernik E. Cranial osteopathy as a complementary treatment of postural plagiocephaly. *Archives de Pédiatrie : Organe Officiel de la Société Française de Pédiatrie*. 2008;15 Suppl 1:S24-30.
7. Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, van der Wouden JC, Schellevis FG, Berger MY. Childhood nonspecific abdominal pain in family practice: incidence, associated factors, and management. *Annals of Family Medicine*. 2011;9(4):337-43.
8. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*. 2011;152(12):2729-38.
9. Williams N, Wilkinson C, Stott N, Menkes DB. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease. *BMC Family Practice*. 2008;9:30-2296-9-30.
10. Kluba S, Lypke J, Kraut W, Krimmel M, Haas-Lude K, Reinert S. Preclinical pathways to treatment in infants with positional cranial deformity. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014;43(10):1171-5.
11. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19 Suppl 1:116-31.

12. San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19 Suppl 1:132-47.
13. Keshet Y, Ben-Arye E, Schiff E. The use of boundary objects to enhance interprofessional collaboration: integrating complementary medicine in a hospital setting. *Sociology of Health & Illness*. 2013;35(5):666-81.
14. Mior S, Barnsley J, Boon H, Ashbury FD, Haig R. Designing a framework for the delivery of collaborative musculoskeletal care involving chiropractors and physicians in community-based primary care. *Journal of Interprofessional Care*. 2010;24(6):678-89.
15. Chung VC, Ma PH, Hong LC, Griffiths SM. Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: systematic review of qualitative studies. *PloS One*. 2012;7(11):e50022.
16. Hollenberg D, Bourgeault IL. Linking integrative medicine with interprofessional education and care initiatives: challenges and opportunities for interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. 2011;25(3):182-8.
17. Office des professions du Québec (OPQ). Encadrement de la pratique de l'ostéopathie 2014 [Available from: http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Actualites/2014/2014_12_17_encadrement_osteopathie_02.pdf].
18. Campanelli P. Chapter 10: Testing Survey Questions In: Leeuw ED HJ, Dillman DA., editor. *International Handbook of Survey Methodology* New York: Lawrence Erlbaum Associates: 176-200. ; 2008. p. 177.
19. Wotruba S. The level of knowledge about osteopathy among medical doctors in private practice in the rural and small-town Weinviertel region, Krems, Austria: Danube University; 2010.
20. Hough N, Nicholls B, Kiatos J. A study of physiotherapists' and chiropractors' knowledge and opinion of osteopaths. Melbourne, Australia: Victoria University; 2003.
21. Fountain-Polley S, Kawai G, Goldstein A, Ninan T. Knowledge and exposure to complementary and alternative medicine in paediatric doctors: a questionnaire survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2007;7:38.
22. Jong MC, van Vliet M, Huttenhuis S, van der Veer D, van den Heijkant S. Attitudes toward integrative paediatrics: a national survey among youth health care physicians in The Netherlands. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2012;12:4-6882-12-4.

23. Vlieger AM, van Vliet M, Jong MC. Attitudes toward complementary and alternative medicine: a national survey among paediatricians in the Netherlands. *European Journal of Pediatrics*. 2011;170(5):619-24.
24. Kundu A, Tassone RF, Jimenez N, Seidel K, Valentine JK, Pagel PS. Attitudes, patterns of recommendation, and communication of pediatric providers about complementary and alternative medicine in a large metropolitan children's hospital. *Clinical pediatrics*. 2011;50(2):153-8.
25. Ben-Arye E, Scharf M, Frenkel M. How should complementary practitioners and physicians communicate? A cross-sectional study from Israel. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2007;20(6):565-71.
26. Schiff E, Frenkel M, Shilo M, Levy M, Schachter L, Freifeld Y, et al. Bridging the physician and CAM practitioner communication gap: suggested framework for communication between physicians and CAM practitioners based on a cross professional survey from Israel. *Patient Education and Counseling*. 2011;85(2):188-93.
27. Adams J, Chi-Wai L, Sibbritt D, Broom A, Wardle J, Homer C. Attitudes and referral practices of maternity care professionals with regard to complementary and alternative medicine: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(3):472-83.
28. Gaboury I, Bujold M, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science & Medicine (1982)*. 2009;69(5):707-15.
29. Gilmour J, Harrison C, Asadi L, Cohen MH, Vohra S. Referrals and shared or collaborative care: managing relationships with complementary and alternative medicine practitioners. *Pediatrics*. 2011;128 Suppl 4:S181-6.
30. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19 Suppl 1:188-96.

6.2 Enablers and barriers to the development of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths: a mixed methods study

Auteurs de l'article : Chantal Morin, Johanne Desrosiers, Isabelle Gaboury

Statut de l'article : soumis le 6 mars 2017 à *Journal of Interprofessional Care*

Avant-propos : cet article, inséré dans sa forme manuscrite, présente les résultats liés à la documentation des pratiques de collaboration ainsi que des facteurs facilitants et des barrières à la CIP entre les médecins et les ostéopathes (objectifs 1 et 2). L'étudiante a élaboré et mené l'ensemble de la recherche, sous la supervision des co-auteurs.

Contribution de l'étudiante : l'étudiante a écrit la première version complète de l'article. Les coauteures (directrices de doctorat) ont commenté et bonifié la première version de l'article. L'étudiante a retravaillé l'article à la lumière des commentaires et discussions avec les coauteures. La version finale de l'article a été approuvée par l'ensemble des auteurs. L'autorisation d'intégration de cet article écrit en collaboration a été obtenue.

Titre français : Facteurs facilitants et barrières au développement de la collaboration entre les médecins et les ostéopathes : résultats d'une étude séquentielle mixte

Résumé :

Introduction: L'ostéopathie est une médecine alternative et complémentaire (MAC) qui connaît une popularité croissante. De nombreux parents vont consulter en ostéopathie avec leur enfant en plus des soins médicaux conventionnels. Cependant, peu d'information est actuellement disponible sur le phénomène de collaboration interprofessionnelle (CIP) entre ces praticiens. Le but de cette étude mixte séquentielle explicative est de décrire les pratiques actuelles de collaboration et d'explorer les facteurs facilitants et les barrières au développement de la CIP entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec.

Méthodes: Des questionnaires postaux sur les pratiques collaboratives ont d'abord été envoyés à l'ensemble des médecins et ostéopathes travaillant auprès de la clientèle

pédiatrique au Québec. Des entretiens individuels semi-structurés ont ensuite été réalisés auprès d'un sous-ensemble de 10 médecins et de 11 ostéopathes.

Résultats: Au total, 274 médecins (14 %) et 297 ostéopathes (42 %) ont répondu à l'enquête. Quarante-cinq pour cent (n = 122) des médecins ont mentionné référer un patient pédiatrique en ostéopathie au moins une fois par mois. Trente-six pour cent (n = 96) des médecins et 41 % (n = 122) des ostéopathes ont mentionné avoir des relations interprofessionnelles. Selon les participants, la présence de résultats cliniques positifs rapportés par les parents est le facteur facilitant le plus important au développement de la collaboration. Les autres facteurs facilitants documentés sont : une formation antérieure de l'ostéopathe comme professionnel de la santé, l'expertise pédiatrique de l'ostéopathe, le respect des limites professionnelles et la complémentarité, la sécurité perçue des soins ostéopathiques et les demandes de collaboration interprofessionnelle initiées par les parents. L'une des principales barrières au développement de la CIP est l'absence d'un langage commun. Le contexte organisationnel et légal, l'incertitude quant aux rôles respectifs, le manque d'interaction interprofessionnelle et les données probantes limitées sont des obstacles supplémentaires.

Conclusion: Dans le contexte actuel de l'encadrement et de l'entrée de la formation en ostéopathie dans le milieu universitaire au Québec, ces connaissances sur les facteurs facilitants et les barrières à la collaboration entre médecins et ostéopathes pourront servir à guider les efforts visant à promouvoir une collaboration productive et des soins sécuritaires axés sur le patient.

Abstract

Introduction: Osteopathy is a complementary and alternative medicine (CAM) that is growing in popularity. Increasing numbers of parents are seeking pediatric osteopathic care in addition to conventional medical care. Information about the development of interprofessional collaboration (IPC) between these practitioners is scarce. This explanatory sequential mixed methods study aimed to describe current collaborative practices and explore enablers of and barriers to the development of IPC between physicians and osteopaths involved with pediatric patients in primary care in Quebec, Canada.

Methods: Postal questionnaires about collaborative practices were first sent to all physicians and osteopaths working with pediatric patients in Quebec. Semi-structured individual interviews were then conducted with a subset of 10 physicians and 11 osteopaths.

Results: A total of 274 physicians (14%) and 297 osteopaths (42%) completed the survey. Forty-five percent ($n = 22$) of physicians reported that they referred at least one pediatric patient per month to an osteopath. Thirty-six percent ($n = 96$) of physicians and 41% ($n = 122$) of osteopaths mentioned having professional relationships. According to participants, the strongest enabler of the development of collaboration was positive clinical results reported by parents. Additional enablers included the osteopath having previous training as an allied health practitioner, pediatric experience, respect for professional boundaries and complementarity, perceived safety of osteopathy, and parents' requests for collaboration. One of the chief barriers to the development of IPC was the absence of a common language. Additional barriers were the organizational and legal context, uncertainty regarding one another's roles, the paucity of interprofessional interactions, and limited scientific evidence.

Conclusion: In the current context of the pending regulation and standardization of osteopathic training in Quebec, these results related to enablers of and barriers to collaboration between physicians and osteopaths could be used to guide efforts to promote productive collaboration and safe patient-oriented care.

Key words: Interprofessional collaboration, enablers, barriers, physicians, osteopaths, pediatric, mixed methods

Introduction

Interprofessional collaboration (IPC) in health systems has been widely discussed in recent years. According to the World Health Organization (WHO, 2010b), collaborative practices optimize health services, strengthen health systems, and improve health outcomes and patient safety. Even though there is no consensus as yet regarding the definition of ICP (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, & Beaulieu, 2005; Perreault & Careau, 2012), concepts related to collaboration commonly define it as a complex, voluntary and dynamic process (D'Amour et al., 2005) achieved when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, and communities to deliver the highest quality care (WHO, 2010b). However, collaborative practice in a routine clinical context is often a challenge, including between physicians and complementary and alternative (CAM) practitioners (Chung, Ma, Hong, & Griffiths, 2012; Ning, 2013).

Osteopathy is a CAM that is growing in popularity in Canada (Esmail, 2007), and especially in Quebec for pediatric patients (Jean & Cyr, 2007; Toupin-April, Feldman, Zunzunegui, Descarreaux, & Grilli, 2009). More than 10% of daily osteopathic consultations in Quebec are for patients aged 14 and younger (Morin & Aubin, 2014). The hands-on approach allows osteopaths to assess and intervene in the presence of functional disorders (WHO, 2010a) that frequently require an interprofessional approach (Kluba et al., 2014; Williams, Wilkinson, Stott, & Menkes, 2008).

Canadian osteopaths work almost exclusively in private practice. Although some studies have documented enablers of and barriers to the development of IPC between conventional medicine and CAM practitioners in integrative health care clinics (Chung et al., 2012; Gray & Orrock, 2014), none has specifically studied collaborative practices between osteopaths and physicians in the context of private practice.

The chiropractor-physician model of collaborative practice (Mior, Barnsley, Boon, Ashbury, & Haig, 2010) refers to collaboration between health professionals who, in the

absence of formal structures and processes, work together while maintaining their autonomy. This description also fits the situation of osteopaths in Quebec. Mior's model emphasizes patient care and enablers which foster a trusting relationship and collaboration between chiropractors and physicians in a primary care community setting (Mior et al., 2010). It allows for the documentation of interactional, organizational, and systemic enablers relevant to a collaborative practice in this context. The three broad categories of factors enabling the development of collaboration in this model are: 1) communication activities, 2) practice parameters, and 3) service delivery. Communication activities include both formal and informal encounters to inform, educate, share, and develop interpersonal relationships that support the development of respect and mutual trust. This category also includes the preferred communication method for the exchange of patient-related clinical information. Practice parameters refer to the scope of practice, practice based on best evidence, and the use and development of practice guidelines. Finally, the service delivery category includes access, cost, reimbursement and responsibility for care. Trust (which is influenced by lack of knowledge, and actual or perceived negative experiences) and patient-centeredness (including patient participation in decision-making and professionals' compliance with patient choices) are the ultimate outcomes of the model.

With the pending regulation of osteopathy in Quebec and the creation of the first university program for this profession in Canada, evidence about enablers of and barriers to the development of IPC is essential to identify effective collaborative practices and optimize the safe integration of osteopathic interventions. This study aimed to describe current collaborative practices and explore enablers of and barriers to the development of IPC between physicians and osteopaths involved with pediatric patients in primary care in Quebec.

Methods

This descriptive study used an explanatory sequential mixed methods design comprising two phases (QUAN – QUAL) (Creswell, 2014). The quantitative phase aimed to determine the presence and frequency of certain characteristics that enable IPC between physicians and osteopaths. This first phase consisted of a survey using postal questionnaires (one for

physicians and another for osteopaths). In the subsequent qualitative phase, semi-structured individual interviews explored, in depth, the significance of enablers and barriers to the development of this IPC (Creswell & Plano Clark, 2011). Equal emphasis was placed on the quantitative and qualitative phases. The analysis of the quantitative results helped to identify the types of participants to be purposefully selected for the qualitative phase as well as the elements to be explored in more depth. The study was approved by the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ethics committee for health research on humans (#14-115).

Quantitative phase

Sampling and recruitment

In September 2014, postal questionnaires were sent to all members of Osteopathy Quebec (largest professional association in Quebec) as well as family physicians involved with pediatric patients and pediatricians without a subspecialty in Quebec, according to *Scott's MD Select 2013* directory. To maximize the response rate, a reminder postcard was sent two weeks after the initial mailing of questionnaires and a second questionnaire was sent two weeks later (Dillman, 2014). In addition, the survey was promoted on the Osteopathy Quebec website, and by a member of the research team who attended various medical and osteopathic events in fall 2014.

Data collection

Questionnaires were used to collect data on: a) communication including referrals and interpersonal relationships; b) perceived level of collaboration (for osteopath's version of the questionnaire only); c) positive or negative patient feedback and continuing education about osteopathy (for physician's version of the questionnaire only); d) impact of the regulatory process, and e) sociodemographic data. Questionnaires were developed based on a literature review, their content was validated by methodological experts, physicians and osteopaths, and they were pretested with physicians (n=4) and osteopaths (n=4).

Data analysis

Quantitative data from the questionnaires were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation or frequencies and percentages and Chi-squared or t-tests to identify statistically significant ($p < 0.05$) associations. Analyses were performed using SPSS 17 (SPSS Inc., Chicago, IL). Participants' qualitative comments were categorized using thematic analysis.

Qualitative phase

Sampling and recruitment

Following the quantitative data analysis, semi-structured individual interviews were conducted with 10 physicians (6 pediatricians and 4 family physicians) and 11 osteopaths (April to August 2015). Survey participants who had indicated an interest for the second phase were selected using a purposeful sampling method. The quantitative data that could benefit from further exploration were determined from significant or insignificant results, strong predictors of referrals, extreme and unexpected results, and sociodemographic data (Creswell & Plano Clark, 2011).

Data collection

A semi-structured initial interview guide was developed based on Mior's chiropractor-physician model of collaborative practice, quantitative results that warranted more exploration, and comments collected via the survey. The interview guide consisted of nine open-ended questions allowing participants to describe their experiences with collaboration, and their perception of enablers of and barriers to IPC between physicians and osteopaths working with pediatric patients. Participants were given ample opportunity to make subjective observations and reflect on the meaning of their experience (Poupart et al., 1997). Sub-questions were used where necessary to expand upon a theme (Kvale, 2009). The initial interview guide (Table 1) was pilot-tested with a family physician, a pediatrician, and an osteopath. The guide evolved following ongoing analyses of previous interviews. Written consent was obtained prior to each interview. All interviews were conducted by CM. They were recorded and field notes were completed during and immediately after each interview. Interviews lasted between 26 and 76 minutes and were

conducted face-to-face or via video conferencing depending on the geographic location. Sequential and concomitant data analyses were performed. The process and interviewee sampling were repeated until saturation of the themes was reached.

Table 1
Initial interview guide

1. Can you tell me about your experiences of IPC with osteopaths/physicians as part of your job?
2. Can you give me examples of referrals/collaborations with an osteopath/physician related to pediatric patients?
3. Could you give me an example of a positive experience of IPC with an osteopath/physician?
4. Could you give me an example of a negative experience of IPC with an osteopath/physician?
5. What do you think fosters IPC with an osteopath/physician for pediatric patients?
6. What are the barriers to IPC with an osteopath/physician for pediatric patients?
7. What could increase the interest of physicians and osteopaths in working together for pediatric patients now? In the next two years?
8. Has participation in this research project changed your interest in IPC with osteopaths/physicians?
9. Is there anything else about your experience of collaboration you would like to bring up?

Data analysis

The interviews were recorded, transcribed and uploaded in NVivo 10 (Burlington, MA). A first reading was performed soon after transcription to reach a general understanding of the data (Creswell & Plano Clark, 2011). Categories were identified using the chiropractor-physician model of collaborative practice and emerging data (Huberman & Miles, 2014) according to common characteristics in terms of enablers and barriers to the development of IPC. Five interviews were independently coded and discussed among the authors. After discussion, agreement was obtained for all themes.

Meta-inferences

Ongoing thematic analysis of interview content allowed for complementary analysis of quantitative data from the survey, which in turn, helped to reach a better understanding of

the qualitative data. Meta-inferences were obtained by this iterative process and confrontation of quantitative and qualitative data (Onwuebuzie & Johnson, 2006).

Results/findings

Quantitative results

Characteristics of participants

A total of 274 physicians (155 family physicians out of 1,192 (response rate 13%) and 119 pediatricians out of 708 (17%)) and 297 osteopaths out of 714 (42%) completed the survey. All surveys were considered for analysis and 211 questionnaires included qualitative comments. The majority of physicians (74%; n=202) and osteopaths (80%; n=236) were female. The mean number of pediatric patients seen in a week were 18.8 (SD=15.2) for family physicians, 59.8 (SD=38.9) for pediatricians, and 5.1 (SD=4.9) for osteopaths. Only 4% (n=11) of osteopaths had a practice other than private. A total of 122 (45%) physicians (78 family physicians and 44 pediatricians) had personally consulted an osteopath.

Among osteopaths, 45% (n=134) had previous training as health professionals, the majority as physical therapists (n=99). Kinesiologists, sports therapists, basic health science graduates, and physical education teachers made up 26% (n=76) of the sample. Less than a third (n=87) did not have any previous university training.

Communication including referrals and professional relationships

Over a two-week period, osteopath respondents saw a total of 1293 new pediatric patients, 269 of whom (21%) were directly referred by physicians. Forty-five percent (n=122) of physicians reported that they referred at least one pediatric patient per month to an osteopath. The main possible reasons reported by physicians for referrals were torticollis, plagiocephaly, musculoskeletal pain or dysfunction, digestive concerns (colic, reflux, regurgitation, constipation and abdominal pain), recurring otitis media, headache, breastfeeding difficulties, excessive crying, and gait concerns. Osteopaths said that they referred patients to physicians for complicated conditions, such as severe plagiocephaly, digestive concerns (severe reflux, regurgitation with weight loss, suspicion of intolerances,

chronic constipation, etc.), signs of scoliosis, persistent cough, or concerns about neurological or orthopedic signs.

Although 36% (96/269) of physicians and 41% (122/297) of osteopaths mentioned having professional relationships, very few osteopaths considered that their collaboration with physicians was frequent or very frequent (Table 2).

Table 2
Current level of collaboration perceived by osteopaths (n = 297)

	With family physicians Frequency (%)	With pediatricians Frequency (%)
None	66 (22.2)	152 (51.2)
Rare	94 (31.6)	96 (32.3)
Occasional	116 (39.1)	40 (13.5)
Frequent	16 (5.4)	7 (2.4)
Very frequent	5 (1.7)	2 (0.7)

For physicians, there was a statistically significant association between medical profession (family physician) or having personally consulted an osteopath and the presence of a professional relationship ($p < 0.001$ for both). For osteopaths, a statistically significant association was found between a higher number of pediatric patients seen and the presence of a professional relationship ($p < 0.001$). There was no association between osteopaths previously trained as health professionals and professional relationships ($p = 0.274$). Finally, no statistically significant association was observed between osteopaths with previous training as health professionals and the frequency of collaboration with family physicians ($p = 0.850$) and pediatricians ($p = 0.455$).

Practice parameters related to pediatric patients

Almost all physicians (94%; 245/260) mentioned having parents express positive experiences with osteopathic interventions for their child while about one third (82/255) had, at some point, parents reporting negative experiences. The majority of physicians

thought that osteopathy was appropriate for managing musculoskeletal pain (91%; 241/264) in children and torticollis or positional plagiocephaly (88%; 235/267) in babies. Only 8% (21/270) of physicians reported having received some continuing education about osteopathy while 19% (52/270) said they had no sources of information about osteopathy.

There was a statistically significant association between having patients reporting positive experiences and physicians making osteopathic referrals at least once a month ($p < 0.001$). A lack of sources of information about osteopathy was associated with no osteopathic referrals ($p < 0.001$).

Service delivery including regulation

Finally, 72% (190/266) of physicians and 62% (184/297) of osteopaths indicated that they would be positively influenced by regulation and the development of a university-based program for osteopathy in Quebec.

Qualitative findings

Main themes in terms of enablers of and barriers to the development of IPC between physicians and osteopaths are summarized in Table 3.

Enablers

Positive clinical results

The strongest enabler of early development of IPC between physicians and osteopaths mentioned by participants was positive clinical results expressed by patients. For physicians, those positive experiences generated an interest in learning more about osteopathy and fostered trust in osteopaths' competencies and openness to future referrals. Concretely, referrals were often limited to conditions for which many positive experiences were reported by patients. Physicians who had consulted osteopaths for themselves and had positive results also tended to limit their subsequent referrals to similar conditions. Osteopaths confirmed this phenomenon. Two physicians talked about those aspects:

“What makes us want to collaborate is the feedback we get from patients. When patients have had a good result, it definitely helps to build trust.” (Physician 6)

Table 3
Main themes emerging from the qualitative phase

Themes	Main aspects
Enablers	
Positive clinical results	Results expressed by parents Personal experience Narrow-limited scope of referral Objective clinical results
Osteopath’s previous training as an allied health practitioner and pediatric experience	Knowledge about other health professionals Confidence in scientific basis Variability of osteopathic training Comfortable treating children
Respect for professional boundaries and complementarity	Respect for scope of practice Recognition of medical concerns Complementarity with conventional medicine
Perceived safety of osteopathy	Gentle and safe touching
Patient as a hub	Parents increasingly consulting osteopaths Requests for collaboration
Barriers	
Language	Difficulty explaining in a common scientific language Lack of effective communication skills Profession-related misunderstandings
Organizational and legal context	Lack of osteopathic educational standards Absence of regulation Regulatory bodies’ approval needed Influence of many positive clinical results
Uncertainty regarding one another’s roles	Limited knowledge about osteopathy Absence of continuing education Role of the osteopath to inform Role of interprofessional education
Paucity of interprofessional interactions and networking opportunities	Few direct communications Lack of opportunities to speak to each other Loss of motivation to communicate
Limited scientific evidence	Research for non-musculoskeletal conditions Evidence not always required

“When I consulted for me, it was for musculoskeletal problems and then my view of osteopathy may have been too narrow. But for me, when there is a musculoskeletal problem, an osteopath seems to be the right person to address that specific problem.”
(Physician 3)

Osteopaths believe they must objectify and document changes in the various conditions they treat to enable productive discussions about those clinical changes with other health professionals, including physicians. One osteopath explained that some physicians developed their trust in osteopathy only when they observed objective results after the intervention:

“Physicians need more objective measures. They want to know what we are doing. They want to know what the situation was before and the result after.” (Osteo 11)

Osteopath’s previous training as an allied health practitioner and pediatric experience

Physicians expressed their preference to collaborate with osteopaths who are also physical therapists or have had some training as health professionals because they are familiar with these disciplines. They are also more confident that those osteopaths have sufficient scientific knowledge. One physician mentioned that a physiotherapist-osteopath is the “pinnacle” for treating musculoskeletal problems. Many osteopaths noted that with the great variability in osteopathic education programs in Quebec, it is difficult for physicians to be confident that the osteopath their patient sees has all the required competencies. The predisposition to refer to osteopaths who are also trained as health professionals is a way for physicians to be reassured, according to some osteopaths:

“Honestly, I think that what helped us in the past was the fact that osteopathy was open to people who had a strong background in health. Now there are several different ways to get the diploma that are not equivalent to one another. So it is harder for physicians to know who is who.” (Osteo 2)

Physicians also want parents to consult osteopaths who have a good reputation with the pediatric population. From experiences reported by parents, physicians often hear the same names of osteopaths working with children in their community over and over again, and some keep those names for future reference. When they did not know of any osteopaths, they simply recommended that parents ask for an osteopath specializing in pediatrics.

Respect for professional boundaries and complementarity

Respect for professional boundaries is an important issue for physicians when they refer patients to osteopaths. Physicians expect osteopaths, like any other professionals, to know the limits of their practice, recognize potential medical alarm bells, know when to be concerned and when to refer patients to conventional medicine. They felt comfortable referring to osteopaths when they trusted that training had prepared the latter to recognize what is outside their scope of practice or what requires an additional intervention:

“I expect that if a baby has a lot of reflux, yes, they could do something to help the baby but at the same time they should tell parents, for example: “You must see a pediatrician, make sure the baby doesn’t lose weight”. Similarly, with musculoskeletal concerns, I trust that the osteopaths I send patients to are able to recognize medical alarm bells, refer patients to physicians, and seek medical attention without delay.” (Physician 9)

Osteopaths agreed that their training should prepare them to recognize medical conditions and respect areas of expertise in order to establish a productive collaboration. They believe that collaborative practice can also be improved if osteopathy is a potential solution for conditions for which conventional medicine has little to offer. Physicians also said that osteopathy can be very useful when conventional medicine reaches its limit and that a collaborative approach can solve problems faster, particularly for musculoskeletal conditions. Respect for professional boundaries and complementarity of care influencing IPC was discussed by one osteopath:

“Osteopaths are primary care practitioners. It is important to be trained to recognize the signs and symptoms of pathological conditions. We treat functional problems. If we try to treat pathological problems, we take the place of physicians. I don’t think we will be

welcome then. However, if we treat functional problems for which there is no medical treatment that can help, I think we'll be welcomed as collaborators.” (Osteo 1)

Perceived safety of osteopathy

In both survey comments and interviews, physicians indicated that osteopathic interventions are gentle and safe for pediatric patients. Many physicians are comfortable with parents consulting an osteopath because they think that osteopathy will not harm the child. This view influenced their predisposition to collaborate:

“I have no evidence showing that osteopathy is harmful over all the years they have been there.” (Physician 7)

“Certainly with pediatric patients, we trust osteopaths because we know they treat patients gently.” (Physician 6)

This notion of safety associated with the profession of osteopathy might, however, be viewed with caution; as one osteopath put it:

“If it helps, it can also hurt, I think.” (Osteo 1)

Patient as a hub

Physicians mentioned that, in the last 10 years, they have seen a lot more parents consulting osteopaths, especially for young babies. Having those parents share their experiences has given physicians an interest in understanding and learning more about osteopathy.

Both physicians and osteopaths reported that parents often consult osteopaths before asking their physician for advice:

“It is happening more and more that patients see an osteopath. I will refer sometimes but more often patients have already seen an osteopath before they see me. This is especially true for babies, in fact, for reflux or plagiocephaly.” (Physician 9)

“I don’t think that parents go to a physician to ask for a prescription for osteopathy but I think that parents often go to an osteopath for treatment before going to a physician.”

(Osteo 4)

If parents have already consulted an osteopath by the time they see a physician, they are often the ones who initiate or request formal communication between the practitioners for the well-being of their child:

“Sometimes the parent says: “Can you write it down for me? I’m not really comfortable. I don’t remember some of the signs you mentioned.” It’s to support them when they see the physician. It’s almost more to help the parent than to talk to the physician because I never get a response from physicians anyway.” (Osteo 6)

Barriers

Language

One of the chief barriers to IPC mentioned by participants was the absence of a common language. Osteopaths reported difficulty communicating effectively with other health practitioners, including physicians. According to osteopaths, they worked hard to communicate simply and clearly, using language that physicians understand. Writing a letter can be stressful and require considerable time, even for short reports. Osteopaths with previous training as health professionals felt more confident in their writing skills but were still challenged by the language aspect. The biggest issue of credibility reported by osteopaths was their inability to clearly explain their osteopathic treatment to physicians in scientific language. Osteopaths also mentioned that communication skills are not taught during their training, despite their importance:

“I’m not comfortable writing to physicians. We received no training on what we can or cannot say in such a letter. I’m afraid to say something a physician may find insulting or unacceptable... It would be helpful to have our training include written standardized communication methods to follow up with other professionals so that we have a common language.” (Survey osteo)

Misunderstandings arising from differences in discipline-related language are frequent and can be confusing for physicians. They believe this confusion is not associated with a lack of recognition of osteopaths' competencies but with not speaking the same language, making it difficult to communicate and understand each other. Some physicians would prefer to receive a short note from the osteopath explaining "strange things" resulting from patients being the sole source of information about treatment:

"I believe there are some benefits but patients often report things osteopaths have said that don't make any sense." (Survey physician)

Organizational and legal context

Physicians talked about the difficulty referring a patient to someone whom they are not sure is properly trained. They are concerned about people claiming to be osteopaths. In addition, according to many physicians, current training varies too much from one osteopath to the next to be able to work together if there is no personal relationship. Osteopaths tended to agree with this position and thought that regulation would facilitate collaboration because *"physicians won't be afraid to refer anymore"* (Osteo 2). Regulation might in fact be the first step toward IPC:

"Regulation provides a frame. Once the frame is there, we will be able to open the door a little more on what is behind the frame, to open the door and get a better understanding of how osteopaths work." (Physician 2)

However, one physician who had experienced success with osteopathy did not consider the current absence of regulation to be a barrier:

"This is not a barrier. There is no regulation yet but in medicine there is regulation and yet not everyone is super-competent. There are large individual differences ... In any case, with the very good results I have seen, regulation or not, for me it doesn't change anything, I will continue to refer." (Physician 5)

Some physicians and osteopaths said that regulation is needed but official approval from medical regulatory bodies will also influence collaboration:

“When [osteopaths] have a professional order, I think it will reassure us. And if our own professional bodies or experts recommend the use of this approach, as physicians we will feel more comfortable recommending it officially ... Personally, I need to be reassured that referring to an osteopath is the right thing to do, that it is okay, and that we'll be supported if we refer for some reason and something goes wrong.” (Physician 8)

Uncertainty regarding one another's roles

Lack of knowledge about one another's roles is a well-known barrier to collaboration. Physicians reported that they had very little knowledge about osteopathy. According to osteopaths, physicians are not informed about what an osteopath can do and this is perceived to be the biggest obstacle to greater collaboration. To overcome this lack of knowledge, information about each other's roles needs to be available and shared. Some physicians clearly stated that continuing education about osteopathy and its possible contribution for conditions discussed in their guidelines and literature, and interprofessional education opportunities are not available to gain more knowledge:

“We do not necessarily know what services osteopaths provide. This means prescribing something we don't know anything about. It's a bit difficult.” (Physician 1)

“Continuing education about osteopathy is not available for physicians.” (Survey physician)

Osteopaths thought they had a role to play in the dissemination of information about osteopaths' roles for lesser-known reasons for referrals but, from their perspective, they would require more scientific evidence to help them do so:

“Information is the cornerstone ... If we want collaboration with physicians, we need to inform them about what we can do. In the musculoskeletal field, I think this is already going quite well but if we look at visceral or cranial aspects, for example, or reasons for consultation that are less obvious to [physicians]... we can only inform them if there are clinical outcomes and also scientific evidence available.” (Osteo 1)

Even though physicians seem to know less about osteopaths' roles, both practitioners need to learn more about one another's roles in order to collaborate, as mentioned by this physician:

“If we know them, establish a relationship, and know they respect their scope of practice, and if there are good results and things are positive, collaboration will most likely increase and we will refer more. Similarly, if osteopaths know what we do, they will have less false perceptions about physicians ... I think on both sides it helps to reduce prejudices.”
(Physician 9)

Paucity of interprofessional interactions and networking opportunities

According to physicians, they rarely communicate directly with osteopaths. Instead, communication is indirect, with patients reporting back to their physician about the care they received from osteopaths. The majority of osteopaths said that, in addition to not having direct communication, they rarely get answers from physicians following written communications:

“I get very little, if any, input from pediatricians and physicians. Feedback is given through the parent, so it is the parent who tells me: the pediatrician thinks this and the pediatrician did that. I never have an opportunity to talk on the phone to a family physician or pediatrician.” (Osteo 6)

Having the opportunity to speak to each other, at least at the beginning of a collaboration, might help further communication, as reported by one osteopath:

“If I could get in touch with the physician, if we could meet, I think it would make things easier to say: OK, how do we refer patients to each other? Now, I'm not sure who I'm talking or writing to, nor do I know how it is received. I don't know how I should present my information.” (Osteo 3)

Some osteopaths even stopped communicating patient-related information to physicians because they did not get any feedback and felt that unilateral communication is not collaboration:

“Initiating a communication when there is no feedback is frustrating over the long term, it’s not a real collaboration, there is no exchange [...] We do it because we think that at some point, they will understand. Yes, one time out of ten, something happens but it’s not very rewarding for me as an osteopath. If the collaboration became a true collaboration, it would be something else.” (Osteo 2)

Limited scientific evidence

Even though scientific production in osteopathy is increasing, many comments in the survey from both physicians and osteopaths pointed up the need to increase scientific evidence and research in osteopathy in order to foster collaboration:

“I will collaborate with osteopaths when they publish randomized controlled trials with valid data on the effectiveness of their interventions.” (Survey physician)

“Collaboration will be there only when osteopathic concepts are standardized and osteopaths have demonstrated their research capacity, which is still far from happening.” (Survey osteo)

Physicians mentioned the need to increase scientific understanding regarding why and how osteopathy can help with some interventions unrelated to musculoskeletal problems:

“We hear about [the efficacy of osteopathy] for ear infections, for reflux, etc., but I must admit, I wonder what the evidence is for that. I’m not closed to the idea that it might help but I need to understand why and how, and what the science says about it.” (Physician 3)

When the concept of scientific evidence was explored with osteopaths, some agreed that this is essential to increase collaboration while others believe that osteopathy does not need scientific evidence for everything they do, just like other professions in which the practitioner’s clinical expertise may be sufficient to intervene:

“If we are still waiting for scientific evidence from research, we will wait a long time [to intervene for] many conditions. I think at some point, we must forget that. Conventional medicine will play that game, saying: Yes, but there’s no data ... There are plenty of things in medicine that are not supported by scientific evidence.” (Osteo 6)

According to physicians, scientific evidence about osteopathy might exist but is not easily accessible. They also mentioned that professional regulators will have to be involved to facilitate the dissemination of information and evidence about osteopathy:

“I think there is scientific evidence [...] I don’t believe that medical colleges in the U.S. and faculties of medicine would agree to award degrees in osteopathy if there were no evidence behind it. In my view, the evidence is not accessible here because we don’t have a regulatory body for osteopathy.” (Physician 7)

“If our regulatory bodies or the incoming professional regulator of osteopaths... can provide evidence or at least include osteopathy in guidelines for this or that problem in certain circumstances, I think it will help to increase referrals.” (Physician 8)

Discussion

This mixed methods study documented characteristics of collaborative practices and provides an original and comprehensive understanding of important enablers and barriers that affect IPC between physicians and osteopaths involved with pediatric patients in day-to-day practice.

According to the results, language is the chief barrier to collaboration between physicians and osteopaths. Effective communication is challenging for some osteopaths, who said they had difficulty explaining their interventions in a common, scientific language. This might be due to differences in paradigms between these practitioners, which tend to hinder effective communication (Chung et al., 2012; Keshet, Ben-Arye, & Schiff, 2013). To facilitate communication, CAM practitioners are asked to explain objective evaluations and treatments based on biomedical epistemology (Keshet et al., 2013). However, as revealed by some of the osteopaths in the present study, translating their palpation findings, for example, into biomedical terms is not always easy. Furthermore, their training did not prepare them to communicate their osteopathic evaluations and treatments using a common, scientific language adapted to current biological plausibility principles. Osteopathic educators and practitioners have been slow to adapt to changing and challenging scientific evidence that conflicts with traditional discipline-related theories and

terminologies (Fryer, 2008). Some terminology used in osteopathy had already been documented as confusing for physicians many years ago (Breen, Carrington, Collier, & Vogel, 2000). The utilization of biomedical terminology, eased by dual training (biomedical and osteopathic, for example), would facilitate the communication process between conventional and CAM practitioners (Gaboury, Bujold, Boon, & Moher, 2009; Keshet et al., 2013; Mior et al., 2010) but could result in an asymmetrical situation, with most of the effort being made by CAM practitioners, to adapt their language to the biomedical paradigm (Keshet et al., 2013). For both osteopaths and physicians, independently of their paradigm, using easier to understand discipline-related terminology should be one of their concerns when writing to other practitioners.

Osteopaths mentioned writing letters using biomedical terminology as a way to inform physicians about the potential contribution of osteopathy. However, a lack of feedback from physicians negatively impacted the motivation to pursue these communication efforts. In a collaborative context, CAM practitioners expect timely feedback from physicians in order to feel respected (Chung et al., 2012). Informal direct communications, such as hallway discussions in an integrative clinic, are known to reinforce communication and interprofessional relationships (Chung et al., 2012; Gray & Orrock, 2014) and provide more opportunities to learn from one another (Keshet et al., 2013). However, there is rarely such direct communication in the private practice of osteopathy. Little face-to-face interaction challenges communication and can lead to a lack of understanding regarding the scope of practice of each practitioner (Soklaridis, Kelner, Love, & Cassidy, 2009). With the pending regulation and development of a university-based osteopathic program in Quebec, early interprofessional education was mentioned as a potential solution for fostering knowledge of each other's roles, mutual referrals, communication, and collaboration. Physicians would also like to have osteopathy included in some of their guidelines or continuing education sessions in order to get readily accessible information and increase their knowledge. Interprofessional education is critical to enhance collaboration since a lack of knowledge is one of the most frequent reasons given for disapproving of CAM use (Chung et al., 2012).

Our findings suggest that positive clinical results reported by parents after osteopathic consultations are frequent in a routine physician's practice. The study also showed that this positive feedback is statistically associated with osteopathic referrals and is described as the most powerful enabler of the early building of trust and collaboration between physicians and osteopaths. Feedback from patients is important since it can help physicians fill their knowledge gap about the potential contributions of the approach (Chung et al., 2012). In the literature, repeated positive feedback may encourage physicians to refer patients to CAM practitioners (Chung et al., 2012). However, repeated positive feedback in the present study seemed to have restricted referrals to reasons for consultation that had frequent positive results reported, like musculoskeletal problems, including torticollis and plagiocephaly. This suggests that physicians fill their knowledge gap with patient's feedback but are still not familiar enough with osteopathy to refer for other conditions. By not doing so, they do not get feedback from parents and do not see clinical results for those other conditions.

According to qualitative data from the survey comments and interviews, dual training of osteopaths emerged as a strong enabler of the development of trust and collaboration. However, although the concept of health professionals trained as osteopaths was widely discussed by participants, no statistically significant association was present between those osteopaths and having a professional relationship with physicians or with rating the level of collaboration with physicians as frequent. This could be due to the presence of other characteristics encountered in day-to-day clinical practice that reassure physicians about the safety of the therapist, such as having a good reputation with pediatric patients. In fact, osteopaths who had a greater number of pediatric patients in their practice were associated with the presence of professional relationships.

Another important enabler of IPC in the present study related to safety was respect for professional boundaries. Both physicians and osteopaths agreed that, in order to be trustworthy collaborators, osteopaths must respect their scope of practice, be able to recognize medical concerns and refer patients to physicians when appropriate. According to Gray and Orrock (2014), it is important for both physicians and CAM practitioners to understand and acknowledge their own limitations in terms of scope of practice in order to

foster trust in referrals to the other practitioner and minimize medicolegal concerns surrounding safety and the duty of care for a referral. Osteopathy in general was perceived as a non-invasive safe solution when conventional medicine has little to offer or has reached its limits. This finding differs from the literature where the notion of “safe therapist” rather than “safe therapy” is preferred for CAM collaboration (Wye, Shaw, & Sharp, 2008).

The data here also pointed to a lack of access to scientific evidence or guidelines about osteopathy that creates uncertainty for referrals. A lack of scientific evidence, especially from controlled randomized trials, is a common argument from opponents of CAM use (Chung et al., 2012). According to most of the physicians and osteopaths interviewed, scientific evidence (referring to scientific research publications) about the effects of osteopathy for non-musculoskeletal conditions would help the communication and referral process. However, some physicians in this study were open to the idea of patients consulting an osteopath even in the absence of scientific evidence. Physicians sometimes overlook limited evidence and prefer to rely on their own clinical experience, especially when a CAM treatment option is not going to harm the patient (Jarvis, Perry, Smith, Terry, & Peters, 2015). Similarly for some physicians, positive feedback from patients partly replaces the need for evidence from clinical trials (Chung et al., 2012).

The current organizational and legal context was mentioned as being particularly problematic for collaboration. The lack of educational standards and regulations led physicians to rely on their own professional relationships when referring to osteopaths they trusted. Referring to osteopaths with previous health sciences training was also perceived as a way to feel more secure when they did not personally know the other practitioner. Both physicians and osteopaths thought that osteopathy should be regulated and that regulation will foster collaboration. Greater trust in the robustness of practitioners’ training and regulatory procedures is known to enhance physicians’ trust when referring to CAM practitioners (Jarvis et al., 2015). However, even with regulation, information about the other professional’s role will still be needed. Physicians noted that regulation will help but they also expected confirmation from their own regulatory bodies that osteopathy is

appropriate for certain conditions. Indeed, opposition from physicians' regulatory bodies inhibits their members' collaborative practices (Gaboury et al., 2009).

In this study, practitioners reported that parents often consulted osteopaths before consulting their physicians and most of the time without seeking prior medical advice. The most common influence in deciding to consult a CAM practitioner for a child is advice from a friend or family member and not medical advice or other informed decision-making (Gruber, Ben-Arye, Kerem, & Cohen-Kerem, 2014). In the literature, adult patient demand for osteopathy is known to be associated with referrals (Wardle, Sibbritt, & Adams, 2013) but in the present study, practitioners mentioned that parents' demand was more for communication between practitioners afterwards. According to the physicians interviewed, parents reported on their experience but there was rarely direct communication between practitioners. This aspect needs further study, including the parent's perspective in the context of physician-osteopath interactions.

Recommendations based on overall findings

The results of this study lead to some important recommendations that could help foster the development of IPC between physicians and osteopaths and safe patient-centered care. Encouraging communication between physicians, parents of pediatric patients, and osteopaths is critical. Communication should go beyond simple feedback from the patient and include the clear exchange of information about relevant patient outcomes. To initiate and facilitate effective communication, communication skills using common scientific language should be included in osteopaths' training. Participants also recommended collaboration between regulatory bodies of both professions to increase access to scientific evidence and best practices, provide information about osteopathy in medical curricula and continuing education sessions, and include osteopathy in medical guidelines when appropriate. Finally, regulation of osteopathic practice and standardization of osteopathic training are perceived as essential in the collaboration between physicians and osteopaths.

Limitations of the study

This study has some limitations. First, despite efforts to maximize participation in the quantitative phase of the study, including sending a reminder postcard and a second survey questionnaire to potential participants, the physicians' response rate was modest. Second, it is possible that practitioners who participated in the survey were more interested in IPC or osteopathy than their colleagues who did not. Indeed, almost half of the physicians who responded to the survey had consulted an osteopath personally and slightly more than one third of all survey respondents mentioned having professional relationships. Hence, findings may underestimate the barriers to collaboration between physicians and osteopaths. Finally, despite a rigorous choice of participants for the qualitative phase, bias and extreme views (positive or negative) may have been present in the interviews. On the other hand, saturation of themes was obtained, which can limit selection bias.

Concluding comments

This mixed methods study reported characteristics of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths involved with pediatric patients and highlighted specific enablers of and barriers to the development of IPC between these practitioners. Collaboration is mainly indirect and often limited to referrals. Enablers of and barriers to the development of IPC between physicians and osteopaths, although similar to other dyads of collaborators, appeared to be specific to this particular dyad. Positive clinical results are the strongest enabler and also seem to determine the reasons for referrals. Recommendations are provided to increase collaboration and referrals to the broader scope of the practice of osteopathy, especially in the current context of the pending regulation and standardization of osteopathic training in Quebec. These results could be used to guide efforts to promote productive collaboration and safe patient-centered care.

References

- Breen, A., Carrington, M., Collier, R., & Vogel, S. (2000). Communication between general and manipulative practitioners: a survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 8(1), 8-14.
- Chung, V. C., Ma, P. H., 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. doi:10.1371/journal.pone.0050022
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2 ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 116-131. doi:10.1080/13561820500082529
- Dillman, D. A. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: the tailored design method*. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons, Inc.
- Esmail, N. (2007). *Complementary and Alternative Medicine in Canada: Trends in Use and Public Attitudes, 1997-2006*. Vancouver, Canada: The Fraser Institute.
- Fryer, G. (2008). Teaching critical thinking in osteopathy: Integrating craft knowledge and evidence-informed approaches. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 11, 56-61.
- Gaboury, I., Bujold, M., Boon, H., & Moher, D. (2009). Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science & Medicine* (1982), 69(5), 707-715. doi:10.1016/j.socscimed.2009.05.048
- Gray, B., & Orrock, P. (2014). Investigation into factors influencing roles, relationships, and referrals in integrative medicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(5), 342-346. doi:10.1089/acm.2013.0167
- Gruber, M., Ben-Arye, E., Kerem, N., & Cohen-Kerem, R. (2014). Use of complementary alternative medicine in pediatric otolaryngology patients: a survey. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 78(2), 248-252. doi:10.1016/j.ijporl.2013.11.016

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. doi:10.1017/S146342361400022X

Jean, D., & Cyr, C. (2007). Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic. *Pediatrics*, *120*(1), e138-141. doi:10.1542/peds.2006-3105

Keshet, Y., Ben-Arye, E., & Schiff, E. (2013). The use of boundary objects to enhance interprofessional collaboration: integrating complementary medicine in a hospital setting. *Sociology of Health & Illness*, *35*(5), 666-681. doi:10.1111/j.1467-9566.2012.01520.x

Kluba, S., Lypke, J., Kraut, W., Krimmel, M., Haas-Lude, K., & Reinert, S. (2014). Preclinical pathways to treatment in infants with positional cranial deformity. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, *43*(10), 1171-1175. doi:10.1016/j.ijom.2014.05.011

Kvale, S. (2009). *InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing* (2 ed.). Thousand Oaks, Ca: Sage Publications Inc.

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis*. Los Angeles: SAGE Publications Inc.

Mior, S., Barnsley, J., Boon, H., Ashbury, F. D., & Haig, R. (2010). Designing a framework for the delivery of collaborative musculoskeletal care involving chiropractors and physicians in community-based primary care. *Journal of Interprofessional Care*, *24*(6), 678-689. doi:10.3109/13561821003608757

Morin, C., & Aubin, A. (2014). Primary reasons for osteopathic consultation: a prospective survey in Quebec. *PloS One*, *9*(9), e106259. doi:10.1371/journal.pone.0106259

Ning, A. M. (2013). How 'alternative' is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine. *Health (London)*, *17*(2), 135-158. doi:10.1177/1363459312447252

Onwuegbuzie, J. and R.B. Johnson, *The validity Issue in Mixed Research*. Research in the Schools, 2006. **13**(1): p. 48-63.

Perreault, K., & Careau, E. (2012). Interprofessional collaboration: one or multiple realities? *Journal of Interprofessional Care*, *26*(4), 256-258. doi:10.3109/13561820.2011.652785

Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.

Soklaridis, S., Kelner, M., Love, R. L., & Cassidy, J. D. (2009). Integrative health care in a hospital setting: communication patterns between CAM and biomedical practitioners. *Journal of Interprofessional Care, 23*(6), 655-667. doi:10.3109/13561820902886287

Toupin-April, K., Feldman, D. E., Zunzunegui, M. V., Descarreaux, M., & Grilli, L. (2009). Complementary and alternative health care use in young children with physical disabilities waiting for rehabilitation services in Canada. *Disability and Rehabilitation, 31*(25), 2111-2117. doi:10.3109/09638280902937407

Wardle, J. L., Sibbritt, D. W., & Adams, J. (2013). Referrals to chiropractors and osteopaths: a survey of general practitioners in rural and regional New South Wales, Australia. *Chiropractic & Manual Therapies, 21*(1), 5-709X-721-705. doi:10.1186/2045-709X-21-5

Williams, N., Wilkinson, C., Stott, N., & Menkes, D. B. (2008). Functional illness in primary care: dysfunction versus disease. *BMC family practice, 9*, 30-2296-2299-2230. doi:10.1186/1471-2296-9-30

World Health Organization. (2010a). *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: Benchmarks for training in osteopathy*. Geneva: Switzerland: WHO Press. Retrieved from <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf>.

World Health Organization. (2010b). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva, Switzerland: WHO Press. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1.

Wye, L., Shaw, A., & Sharp, D. (2008). Designing a 'NHS friendly' complementary therapy service: a qualitative case study. *BMC Health Services Research, 8*, 173. doi:10.1186/1472-6963-8-173

6.3 When, why, and how osteopaths and physicians communicate: lessons learned from the results of a mixed methods study

Auteurs de l'article : Chantal Morin, Johanne Desrosiers, Isabelle Gaboury

Statut de l'article : soumis le 8 mars 2017 à *International Journal of Osteopathic Medicine*

Avant-propos : cet article, inséré dans sa forme manuscrite, présente les résultats liés aux objectifs 1 et 2 de la thèse, mais plus spécifiquement aux pratiques et aux défis liés à la communication entre les ostéopathes et les médecins québécois. L'étudiante a élaboré et mené l'ensemble de la recherche, sous la supervision des co-auteurs.

Contribution de l'étudiante : l'étudiante a écrit la première version complète de l'article. Les coauteurs ont commenté et bonifié la première version de l'article. L'étudiante a retravaillé l'article à la lumière des commentaires et discussions avec les coauteurs. La version finale de l'article a été approuvée par l'ensemble des auteurs. L'autorisation d'intégration de cet article écrit en collaboration a été obtenue.

Titre français : Quand, pourquoi et comment les ostéopathes et médecins communiquent ensembles : perspectives émanant d'une étude séquentielle mixte

Résumé :

Introduction : La communication entre les ostéopathes et les praticiens de la médecine conventionnelle est un des piliers importants requis pour développer une collaboration interprofessionnelle efficace. Cette étude visait à explorer empiriquement quand, pourquoi et comment les ostéopathes et les médecins impliqués auprès de la clientèle pédiatrique communiquent afin d'identifier les principaux défis et les recommandations pouvant soutenir l'amélioration de la communication entre ces deux types de praticiens.

Méthodes : Cette étude mixte séquentielle explicative a d'abord documenté, à l'aide de questionnaires postaux, les pratiques de communication entre les ostéopathes et médecins impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec, Canada. Certains répondants au sondage ont été sélectionnés, par choix raisonné, afin de participer à des entretiens

individuels visant à approfondir les processus, les modalités et les pratiques de communication interprofessionnelle expérimentés.

Résultats : Au total, 274 médecins (taux de réponse de 14 %) et 297 ostéopathes (42 %) ont complété les questionnaires. Un sous-échantillon de médecins (n = 10) et d'ostéopathes (n = 11) a été choisi afin de participer aux entretiens. Plusieurs motivations peuvent stimuler les échanges incluant le désir de mieux connaître le rôle de l'autre et de développer des relations professionnelles. Dans le contexte où des échanges interprofessionnels sont jugés nécessaires, la communication qui en résulte demeure souvent unidirectionnelle et limitée à l'échange de références. Le mode de communication préféré de ces praticiens est l'utilisation de la lettre écrite. L'utilisation du patient comme véhicule de communication peut parfois mener à des erreurs d'interprétations. Le manque de rétroaction/interactions et le langage sont les principaux défis à l'amélioration d'une communication interprofessionnelle efficace.

Conclusions : Bien qu'il existe une communication occasionnelle entre les ostéopathes et les médecins impliqués auprès de la clientèle pédiatrique, celle-ci demeure sous-optimale. Des initiatives pédagogiques pour améliorer les habiletés communicationnelles des ostéopathes pendant leur formation de même que l'utilisation de courts outils de communication interprofessionnelle doivent être explorées.

Abstract

Background: Communication between osteopaths and conventional practitioners is an important pillar of efficient interprofessional collaboration. This study aimed to explore empirically when, why, and how osteopaths and physicians involved with pediatric patients communicate in order to identify key challenges and formulate recommendations to improve the communication process.

Methods: Using an explanatory sequential mixed methods design, we first surveyed osteopaths and physicians working with pediatric patients in Quebec, Canada. Some survey participants were then purposively selected for an in-depth interview about interprofessional communication processes, methods, and practices.

Results: A total of 274 physicians (response rate 14%) and 297 osteopaths (42%) completed the survey and a subset of physicians (n = 10) and osteopaths (n = 11) participated in individual interviews. Many professionals' intentions can motivate interactions, including learning from each other and developing professional relationships. Even when professional interactions are desired, communication is often one-way and occurs mainly in the context of referrals. Written reports are the preferred communication method. Using patients as a hub for communication can lead to misinterpretation. Lack of feedback and interactions, as well as language issues, are the main challenges to improving interprofessional communication.

Conclusions: There is some communication between osteopaths and physicians involved with pediatric patients but it is not yet optimal. Initiatives to improve osteopaths' communication skills as well as communication tools should be explored and their use evaluated, particularly during training.

Key words: Interprofessional communication, osteopaths, osteopathy, pediatric, physicians, professional relationship, referrals

Implications for practice:

- Currently, the types of communication interaction between osteopaths and physicians often do not fit the intention behind the communication attempt.
- An in-depth description of when, why, and how osteopaths and physicians communicate points up some important communication challenges.
- Identification of those challenges has implications for osteopathic training, including initiatives to help develop interprofessional communication skills.
- In the clinical practice of osteopathy, an effort is needed to merge palpation findings, holistic assessments and biomedical explanations to establish a language that reflects both disciplines.

INTRODUCTION

According to the World Health Organization [1], collaborative practices optimize health services, strengthen health systems, and improve health outcomes and patient safety. Communication is identified as an important pillar of efficient interprofessional collaboration among health care professionals [2, 3], and particularly between conventional and complementary and alternative medicine (CAM) practitioners [4-7].

Communication between physicians and CAM practitioners can be very ineffective [8]. Lack of feedback and interactions [5, 6, 8, 9], language issues [9], and the absence of direct or standardized channels of communication [6, 8] are some of the main barriers to this communication. For practitioners in private practice, patients' conditions and their own workload may also affect the willingness to communicate with physicians [10]. Physicians consider communication important when patients are seeking manual therapy, including osteopathy, and prefer to exchange short written reports after treatment is completed to provide information about the type of intervention, advice given, and clinical outcomes [11].

In clinical contexts, osteopathic patients' expectations about communication between osteopaths and physicians are still poorly met [12]. For parents of pediatric patients, communication between conventional and CAM practitioners is extremely important since, in their view, it impacts on their child's health and safety [13]. A cross-sectional study on communication involving pediatric patients revealed that, in addition to communicating clinical information and increasing the willingness to respond to the initial referral, the exchange of referral letters also influenced the development of collaboration between physicians and CAM practitioners [14]. However, there is a need to better understand communication difficulties within this dyad of practitioners in order to improve communication, continuity of care, and patient satisfaction [15]. Information regarding interprofessional communication between osteopaths and physicians involved with pediatric patients is not available in the literature.

This study aimed to explore when, why, and how osteopaths and physicians involved with pediatric patients communicate in order to identify key challenges and formulate recommendations for practitioners to improve their communication process.

METHODS

This study explored the communication process, methods, and practices between osteopaths and physicians that emerged from the data of a larger explanatory sequential mixed methods study focusing on interprofessional collaboration between practitioners involved with pediatric patients in Quebec, Canada (authors, submitted to *Journal of Interprofessional Care*). The study was approved by the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ethics committee for health research on humans (#14-115).

Sampling and data collection

In fall 2014, postal questionnaires and reminders were sent to all members of Osteopathy Quebec (largest professional association in Quebec) as well as family physicians involved with pediatric patients and pediatricians without a subspecialty in Quebec, according to *Scott's MD Select 2013* directory. The communication section of the questionnaires included questions about: 1) need to exchange information about common patients; 2) preferred communication methods; 3) referral methods; 4) reasons for using (or not using) written referrals (for physicians only); 5) who should initiate the communication; and 6) socio-demographic data. Participants were invited to add comments about collaboration at the end of the questionnaire. In addition to the communication section, the osteopaths' questionnaire included a grid to document the referral method used for all new pediatric patients referred by physicians during a two-week work period, and the reply/response, if any, from the osteopath.

Following the quantitative data analysis, semi-structured individual interviews were conducted with 10 physicians (6 pediatricians and 4 family physicians) and 11 osteopaths (April to August 2015). Participants were selected from their responses to the postal questionnaires using a purposeful sampling method. Written informed consent was obtained prior to each interview. The first author conducted all interviews. Comments

related to communication collected with the questionnaire guided the exploration of this theme during the interviews. Interviews were conducted face-to-face or by videoconferencing and were recorded. Field notes were completed during and immediately after each interview [16]. The process of interviewee sampling was repeated until saturation of the themes was reached.

Analysis

Quantitative data from the questionnaires were analyzed using descriptive statistics, including frequencies and percentages. Participants' qualitative comments were categorized using thematic analysis. The interviews were transcribed and uploaded in NVivo 10 (Burlington, MA). A first reading was performed soon after transcription to reach a general understanding of the data regarding communication issues [17]. A two-stage cycle coding [16] was used to categorize data and established emerging themes related to communication between osteopaths and physicians. Five interviews were independently coded and discussed among the authors. After discussion, agreement was obtained for all themes. Sequential and concomitant data analyses were performed. Ongoing thematic analysis of interview content allows for complementary analysis of quantitative data from the survey in order to validate or invalidate hypotheses [18] and obtain an in-depth understanding of communication characteristics and challenges.

RESULTS

The participants' gender and years of practice are shown in Table 1. Participation rate in the survey was 14% for physicians and 42% for osteopaths. All osteopaths selected for the interviews saw more than five pediatric patients on average per week.

Table 1
Characteristics of participants

Characteristics	Physicians		Osteopaths	
	Survey (n = 274) Freq. (%)	Interview (n = 10) Freq. (%)	Survey (n = 297) Freq. (%)	Interview (n = 11) Freq. (%)
Gender (female)	202 (73.7)	10 (100)	236 (79.5)	8 (73)
Work experience (yrs)*				
0 - 4	22 (8.1)	3 (30.0)	55 (18.5)	1 (9.1)
5 - 9	34 (12.5)	1 (10.0)	97 (32.7)	2 (18.2)
10 - 14	34 (12.5)	0 (0.0)	64 (21.5)	2 (18.2)
15 - 20	45 (16.5)	2 (20.0)	43 (14.5)	2 (18.2)
21+	137 (50.4)	4 (40.0)	38 (12.8)	4 (36.4)

*Percentages reflect missing data (2 respondents)

When do osteopaths and physicians communicate?

Contexts in which osteopaths and physicians thought that communication was required related to two main themes: context of referrals and complexity of patient situation.

Context of referrals

The majority of physicians (81%) and osteopaths (85%) acknowledged the need to exchange information for common pediatric patients. Communication was reported to occur mainly in the context of referrals. Nonetheless, one third of physicians (36%) and osteopaths (32%) reported providing written referrals. This is corroborated by the two-week referral data collected from osteopaths, who indicated that 29% of physicians' referrals were in writing, while 64% were verbal referrals through the patient. However, in many cases this seemed to be as far as information sharing went. The majority of physicians interviewed said they almost never received a response, even after sending a written referral: *"It's a note they can bring to the professional that they are going to see; it briefly describes the reason for the consultation, for example, congenital torticollis. It's very, very rare... in fact, I don't think I ever got any feedback from an osteopath"* (Physician 3). Two-way communication was established in only one in five cases after an initial written referral. Physicians interviewed who reported receiving a note from the

osteopath after the referral also mentioned having a well-established professional relationship with that particular osteopath. Similarly, osteopaths who already had professional relationships with physicians reported using occasional phone calls to establish two-way communication “*when it would be time-consuming and difficult to explain the patient’s problem in writing*” (Osteo 1). Another 37% of osteopaths’ responses were verbal responses through the patient. However, according to some survey comments and interviews with both physicians and osteopaths, in practice this verbal feedback might never reach the referring physician.

Complexity of patient situation

The complexity of the patient’s situation influences the need for communication. For osteopaths, communication (written or verbal) is deemed necessary when short-term medical attention is needed, when the condition or symptoms do not respond to osteopathic treatment, or when other interventions or suggestions might be needed. Otherwise, verbal advice to the patient is considered sufficient. Here again, very little feedback was received. This view was echoed by the biomedical respondents. According to more than half of the physicians interviewed and some comments on the physicians’ surveys, information regarding prevention, well-being, or functional problems do not require written referrals or communication. However, written referrals are deemed useful for more complex conditions, such as torticollis, or when it is difficult for parents to be the communication hub: “*I also need to provide more substantive information when the situation’s a bit ‘sensitive’ because the parents may not do it properly ... it will help the osteopath to know what I might be concerned or wondering about.*” (Physician 10)

Why do osteopaths and physicians communicate (or not communicate)?

Regarding the intentions that motivate the communication process as expressed by osteopaths, physicians or both types of practitioners, the main themes concern information about roles and competencies, patient well-being, sharing information, seeking complementary expertise, learning more about each other, and time issues.

Osteopaths' intentions

Communication appeared particularly important for osteopaths. With short written communications about common patients, osteopaths intended to inform physicians about their role for certain conditions, obtain more recognition of osteopathic competencies, share positive clinical results or increase their credibility:

“I could take the trouble to communicate more in writing with each physician who is following one of my patients, and over the long term people may learn more about osteopathic competencies.” (Osteo survey)

“Even if the physician didn't refer the patient to me but the patient is going to see the physician, I'll write a note. I think that it's vital if we want to really prove to them that it's effective and that we know what we're doing...” (Osteo 1)

Osteopaths argued that communication must be also for the well-being of the patient, present and future. Communication is essential for coordinating services, including for *“understanding who does what and why” (Osteo 2)*. According to osteopaths, written communication between them and physicians tends to reassure some parents and support them when they have a follow-up appointment with their physician: *“Often I'll get the parents to write a few things down but I won't necessarily write to the physician. What I really want is for patients to be well prepared when they go to their doctor's appointment. It's quick. They don't have a lot of time with the physician and they don't want to go back four times.” (Osteo 3)*

Physicians' intentions

According to 42% of physician survey respondents, written referrals were provided primarily to indicate the diagnosis and reasons for referral, pass on information about the initial medical assessment, or for insurance reimbursement purposes. These reasons were confirmed in many physician' interviews, for example: *“When I write a referral, it's because I want to share my assessment.” (Physician 2)*

Other reasons (8%) reported by physicians were to clarify expectations, show interest and get feedback from osteopaths, and because it was simpler for time management. Reasons for not using written referrals included a perception that the patient could manage self-referrals (14%), not knowing any osteopaths (11%), lack of scientific evidence and recognition of this practice (8%), lack of knowledge about the scope of practice of osteopathy (4%), absence of formal procedures (4%), and using other methods such as phone calls (3%). The remaining physicians (6%) said they made written referrals only if the osteopath was also a physical therapist.

Common intentions

According to both osteopaths and physicians, communication is useful to validate a clinical opinion, benefit from complementary expertise and obtain complementary information that may provide a new perspective or vision of the patient's problem. In this context, the intention is to exchange information and opinions rather than just give or receive information about a patient: *"When you send your patient to another professional, including osteopaths, it's always useful to know what the professional thought about it, if he had the same opinion as me or a different one."* (Physician 3) Following a positive experience of collaboration, some physicians asked for the osteopath's opinion about how to address a patient's problem, for example: *"Can you evaluate this patient? Do you think it's muscular or something else?"* (Osteo 5) For both types of practitioner, these interactions can be seen as beneficial for the client, including speed of assessment and intervention, and as sometimes reducing the costs to society of numerous medical tests.

Communication was considered by osteopaths and physicians as a way to increase knowledge about each other, including their scope of practice and professional boundaries. Learning more about each other may lead to a better understanding of one another's roles. For the practitioners interviewed, it is a virtuous circle: *"I refer someone to you and you get back to me; the more we communicate, the more we will learn about each other and the better we will understand each other."* (Physician 8) Written communication about a patient is viewed as a way to establish, over time, the foundation of a professional relationship and develop a collaborative network: *"... writing more letters so that*

physicians get to know me better ... first it might involve sending results for someone he referred to me, an actual case, and exchanging emails, and then, if he has questions about other cases or if there are things he needs to know, we could communicate back and forth.” (Osteo 7)

For both type of practitioners, time can also influence the motivation to communicate. To avoid wasting time for every one, communication should be “*easy and fluid*” (Osteo 10). For some osteopaths, writing a letter can take a lot of time. Time is also a challenge for physicians in the communication process: “*... taking the time to call and discuss cases ... It’s time. It’s unpaid time ... so, often we don’t bother and it’s the patient who gives feedback and says ‘yes, that helped me’ or ‘no, that didn’t help.’*” (Physician 7)

How do osteopaths and physicians communicate?

This last section of results covers themes related to how osteopaths and physicians communicate, including the communication methods used and who should initiate communication, the content and standardization of written communications, benefits and risks of having patients bridge the communication gap, impacts of feedback and interactions, and language issues.

Communication methods and communication initiator

Physicians’ preferred communication method to osteopaths was either verbal through patients (36%) or in writing (35%). For osteopaths, letters were the preferred method (45%), followed by verbal through patients (38%). Physicians were more likely to communicate by phone (18%) than osteopaths (6%). Finally, email communication (physicians 5%; osteopaths 6%) as well as face-to-face meetings or fax (physicians 6%; osteopaths 5%) were the least popular communication methods. When exploring this aspect in the interviews, both types of participants confirmed that they preferred written communication. Some osteopaths tried at some point to communicate by phone but their calls were rarely returned. The majority of participants indicated that either of them, physician or osteopath, depending on the case, could initiate communication (Table 2).

Table 2
Person who should initiate communication

	Physicians (n = 219)	Osteopaths (n = 268)
	Freq. (%)	Freq. (%)
Physician or osteopath depending on the case	181 (82.6)	240 (89.6)
Osteopath	22 (10.0)	8 (3.0)
Parent	12 (5.5)	19 (7.1)
Physician	4 (1.8)	1 (0.4)

Content and standardization of written communication

According to both physicians and osteopaths, communication should include the patient's problem, objectives, interventions and suggestions or recommendations. Communications need to be short, less than one page, and osteopathic information should be as objective as possible and in a common language in order to trigger a productive exchange: *"I try to write a letter to the physician with comments that are as objective as possible, using the most standard language possible, so that it is clear and concise."* (Osteo 11)

Some osteopaths tried ideas to make written communication easier and reduce the time taken by using more standardized communication tools, such as small pads designed for exchanges with physicians or standardized tools used in the rehabilitation field: *"with my background in physical rehabilitation, where we learned to write letters to physicians using SOAP (subjective, objective, analysis and plan for treatment). That aspect helped me and I adapt it to osteopathy."* (Osteo 6)

Benefits and risks of using the patient as a communication hub

According to both osteopaths and physicians, communication is often done through the patient, and usually it works very well. Some parents who are not comfortable sharing or remembering osteopathic evaluation results ask osteopaths for a written note to give to their physician. According to osteopaths, the main aim of this note is to support parents rather than communicate with physicians, from whom, they say, they would not get an

answer anyway. Although osteopaths do not receive a response very often, written notes seem to be appreciated by physicians: *“I’d rather get a note from the osteopath than just a report from the parent, who may have understood only half of what was done.”* (Physician 9)

There was no consensus among osteopaths about whether it was useful or not to send written reports to physicians when patients could be the vehicle for communication. In the absence of a written report, some mentioned situations where patients’ misinterpretation led to the physician making a phone call to ask for clarification. Those osteopaths would clearly prefer to inform physicians themselves in writing and avoid patient misinterpretation. Other osteopaths reported that some physicians were more sensitive to the patients’ concerns than to their recommendations. According to them, physicians might not consider osteopaths’ opinions so they preferred to use the patient as a hub: *“I realized that sometimes, just to say to the client: ‘Listen, there’s this or that sign, go see your physician and talk to him about it, see what he thinks’, I realized that it’s almost as much work as writing to the physician. It’s as if they have so little consideration for osteopaths’ opinion that, regardless of whether I write or not, it’s the client who brings his fears and concerns, and that seems to work best.”* (Osteo 6)

Feedback and interactions

Feedback about patients’ information provided in writing could influence osteopaths’ confidence in further communication. Some physicians react positively to receiving an objective note reporting the results of manual tests but others do not like osteopaths to send this type of information to them. Even when their communications focus mainly on objective information, osteopaths experienced a variety of physician reactions and responses: *“... There are some physicians who respond: ‘Don’t tell me what to do.’ There are others who say: ‘Suggest some solutions.’ It really goes from one extreme to the other.”* (Osteo 1)

According to osteopaths, more interpersonal interactions between them and physicians would help them learn how to give information and adapt communication content and method: *“I would need to deal with a physician more frequently to see what he*

understands and doesn't understand and adapt accordingly. I think that would make me better informed and I could say: "Okay, I know what I can talk about. I know what is acceptable and what isn't." (Osteo 6)

Osteopaths were sensitive to the fact that, in order to engage in two-way communication with physicians, they needed to be particularly respectful of professional boundaries. They mentioned trying to be as concise as possible, not be too directive, be respectful and pay attention to what is suggested because it is the physician's role to make the diagnosis.

Language

The language used in communications is described as the cornerstone of the relationship between physicians and osteopaths. Comments from the osteopaths' questionnaire mentioned that in order to facilitate communication, physicians must be more open to complementary medicine but osteopaths also admitted that they have a major learning curve with respect to talking to physicians. From osteopaths' comments and interviews, it would be very interesting for osteopathic training to include communication skills. Many of them found writing letters to physicians stressful: *"I'm not comfortable writing to physicians. We received no training on what we can or cannot say in such a letter. I'm afraid to say something a physician may find insulting or unacceptable... It would be helpful to have our training include written standardized communication methods to follow up with other professionals so that we have a common language."* (Survey osteo).

Some osteopaths acknowledged that physicians do not understand osteopathic terminology and that they tend to say more generally whether the patient improved or not. Conversely, physicians are aware that they might not understand or know all the osteopathic terminology, but they expect osteopaths to provide a simple explanation of the treatment plan in comprehensible language: *"... they may sometimes talk about things I don't fully understand, but I'd like them to refer to a common anatomy of the human body."* (Physician 6)

One of the biggest issues about language is the difficulty that osteopaths have in expressing appropriately the information obtained from palpation. Those who reported this challenge

acknowledge the need to learn how to translate sensation into words, develop the ability to speak plainly, and formulate credible explanations: *“Osteopaths have difficulty connecting what is in their hands, what they feel, to an anatomical structure or link that will explain what they are doing. I think that is the biggest credibility problem that osteopaths have in relation to medicine. If we are not capable of explaining and understanding correctly what we do and expressing it in more scientific language, it’s much harder to collaborate with or at least be understood by the medical community,” (Osteo 3)*

Misinterpretation related to language is possible especially when patients have to explain their treatment to the other practitioner in their own words. This can be confusing: *“In fact, it happened to me a few times that parents reported things where I said to myself: if that’s what was said, it’s impossible.” (Physician 1)*

DISCUSSION

This sequential explanatory mixed methods study identified empirically when, why, and how osteopaths and physicians involved with pediatric patients communicate. The results also point up some specific challenges to effective two-way communication when the intention is to exchange information and share expertise between these practitioners. These main challenges include a lack of feedback and interactions as well as language issues.

Although physicians and osteopaths viewed communication about common patients as necessary and said that in many cases the intention when communicating was to establish a two-way exchange of information in order to address patients’ needs properly, the communication more often seemed one-way. This is consistent with previous studies looking at communication difficulties between physicians and CAM providers [8, 15]. Interprofessional collaboration, including the communication aspect, is illustrated by some authors as a continuum along which practitioners should be able to accurately evaluate the complexity of the patient’s situation in order to adjust the intention and intensity of interactions with other health practitioners [19]. According to our study, communications by osteopaths on the one hand are often initiated when they feel the patient’s problem is beyond their scope of practice, is too complex, or when they do not obtain the expected results. These are, indeed, common reasons why health professionals [10] and CAM

practitioners [5] communicate with physicians. They underline the need to combine the disciplinary knowledge of both types of practitioner to develop a coherent, comprehensive health services plan tailored to the patient's needs [19]. Communications initiated by physicians on the other hand are mostly for referral purposes about specific, more complex clinical conditions. Although this might give osteopaths the chance to engage in a communication process that could allow them to share their expertise and objective clinical results, only one fifth of referrals by physicians received a written response. This lack of feedback about patient clinical outcomes, particularly positive outcomes, could mean a lost opportunity to demonstrate the efficacy of both the practitioner and the approach [8] and impede the transmission of useful information for future referrals [6, 9]. This absence of communication interactions could also decrease opportunities to learn about each other [6] and develop professional relationships [14, 20].

Our findings also shed light on current challenges to fluid communication, including responding to physicians following written referrals. Physicians and CAM practitioners previously identified the difficulty of communicating CAM patient assessments in language understandable to others [21]. One possible hypothesis about why osteopaths hesitate to respond to initial referrals is that they strive to verbalize their intervention in a common language. The majority of osteopaths interviewed said they had difficulty making a verbal connection between what they perceived with their hands when assessing patients and specific biomedical explanations using proper anatomical links. Describing clues from body tissues that indicate which elements should be included in a holistic osteopathic intervention was documented as being difficult for osteopaths to verbalize [22]. The results of our study raise an important question: does osteopathic education adequately prepare osteopaths to merge palpation findings, holistic assessments and biomedical perspectives (often described as a reductionist approach) comprehensively so they can communicate with other practitioners? Verbalization challenges include two aspects: first, difficulty translating into words what is felt by the osteopath's hands [23] and, second, utilization of a common anatomical language that avoids jargon specific to one discipline. For the former aspect, systemically teaching palpation methods based on cognitive and motor learning theories could potentially free up cognitive space that might be devoted to deciphering palpation findings [24]. For the latter aspect, as some osteopaths suggested, formal training

about communication skills should probably be included in osteopathic training. Exposure of CAM students to a structured course about communication skills seems to help them feel more empowered to communicate with conventional health care practitioners [25]. The main objectives of such a course could include the basics of medical terminology, evidence-based medicine perspectives, patient-centered care concept, communication skills, and attitudes conducive to easing communication with conventional health care practitioners including physicians [25].

According to our results, osteopaths' communications to physicians may also benefit from utilizing standardized written communication methods. The essential content of written messages to physicians documented in our study is consistent with other studies [11, 26, 27]. In agreement with Hayward and Willcock's (2015) conclusion, when communicating with physicians, attention should be paid to conveying simple, clear clinical results that allow pre-post treatment comparisons by physicians [26]. The Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) technique is one example of an increasingly popular tool that provides a framework for interprofessional communication in health care settings [28]. Such a tool can be adapted and taught to osteopathic students to facilitate two-way communication and decrease the time spent on interprofessional written exchanges with physicians.

Strengths and limitations

The mixed methods used in this study allowed us to address the entire communication process between osteopaths and physicians. Scientific rigor was enhanced by methodological choices for data collection and analysis, such as prior validation of the survey content, distribution to a large practitioner population, triangulation of sources, iterative analysis, cocoding, and research team discussions. However, this study has some limitations. First, although efforts were made to increase physicians' response rate, it is modest and hence generalizability of the results may be limited. In fact, the physicians' response rate reflects the general tendency in this group of individuals [29]. Since the physicians participating in the survey may favor a collaborative attitude towards osteopaths, results likely underestimate the challenges faced by practitioners. Triangulation

of information about communication with a larger representative group of osteopaths and with interviews of purposively selected physicians, including contrasting profiles, might mitigate this response bias. Effects of the researcher on participants, and vice versa, during interviews and the analytical phase are possible. To minimize these effects, intentions were made clear to participants [16], they were given ample opportunity to reflect on the meaning of their experience regarding communication [30], and field notes were shared without delay with other members of the research team to identify potential misled and make adjustments for subsequent interviews [16].

CONCLUSION AND FUTURE DIRECTIONS

Our empirical results show that communication between osteopaths and physicians involved with pediatric patients occurs most often in the context of referrals for specific patient situations and that the types of communication interaction mainly used (one-way) between osteopaths and physicians do not fit the intention behind those communication attempts. This mixed methods study provides a deep understanding of the intentions that motivate the communication process initiated by osteopaths and physicians. Intentions range from learning more about each other, informing each other about patient outcomes and gaining credibility, developing professional relationships, reassuring parents, and benefiting from complementary expertise. Challenges with getting feedback and using language understandable to each other seem to limit two-way interactions when the situation points up the need for fluid exchanges. Further attention should be paid to developing educational initiatives specifically designed to increase the communication abilities and skills of osteopaths when dealing with other health care practitioners, and evaluating the impact of these initiatives.

Acknowledgments

Financial support for CM (doctoral candidate) and IG (Junior 1 Researcher) from the *Fonds de la Recherche du Québec en Santé* (FRQ-S) is gratefully acknowledged.

References

1. World Health Organization, Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010, WHO Press: Geneva, Switzerland.
2. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHR), *A national interprofessional competency framework*. 2010: Vancouver, BC.
3. D'Amour, D., et al., *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*. BMC Health Services Research, 2008. **8**(188-6963-6968-6188).
4. Gaboury, I., et al., *Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components*. Social Science & Medicine (1982), 2009. **69**(5): p. 707-715.
5. Allareddy, V., et al., *Facilitators and barriers to improving interprofessional referral relationships between primary care physicians and chiropractors*. The Journal of Ambulatory Care Management, 2007. **30**(4): p. 347-354.
6. Soklaridis, S., et al., *Integrative health care in a hospital setting: communication patterns between CAM and biomedical practitioners*. Journal of Interprofessional Care, 2009. **23**(6): p. 655-667.
7. Benedict, S.L., *How practitioners do and don't communicate, part I*. Integrative Medicine: A Clinician's Journal, 2007. **6**(6): p. 52-57.
8. Penney, L.S., et al., *Primary care physicians, acupuncture and chiropractic clinicians, and chronic pain patients: a qualitative analysis of communication and care coordination patterns*. BMC Complement Altern Med, 2016. **16**: p. 30.
9. Chung, V.C., et al., *Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: systematic review of qualitative studies*. PloS One, 2012. **7**(11): p. e50022.
10. Perreault, K., et al., *Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Quebec's private sector: results of a qualitative study*. BMC Musculoskelet Disord, 2014. **15**: p. 160.
11. Breen, A., et al., *Communication between general and manipulative practitioners: a survey*. Complementary Therapies in Medicine, 2000. **8**(1): p. 8-14.

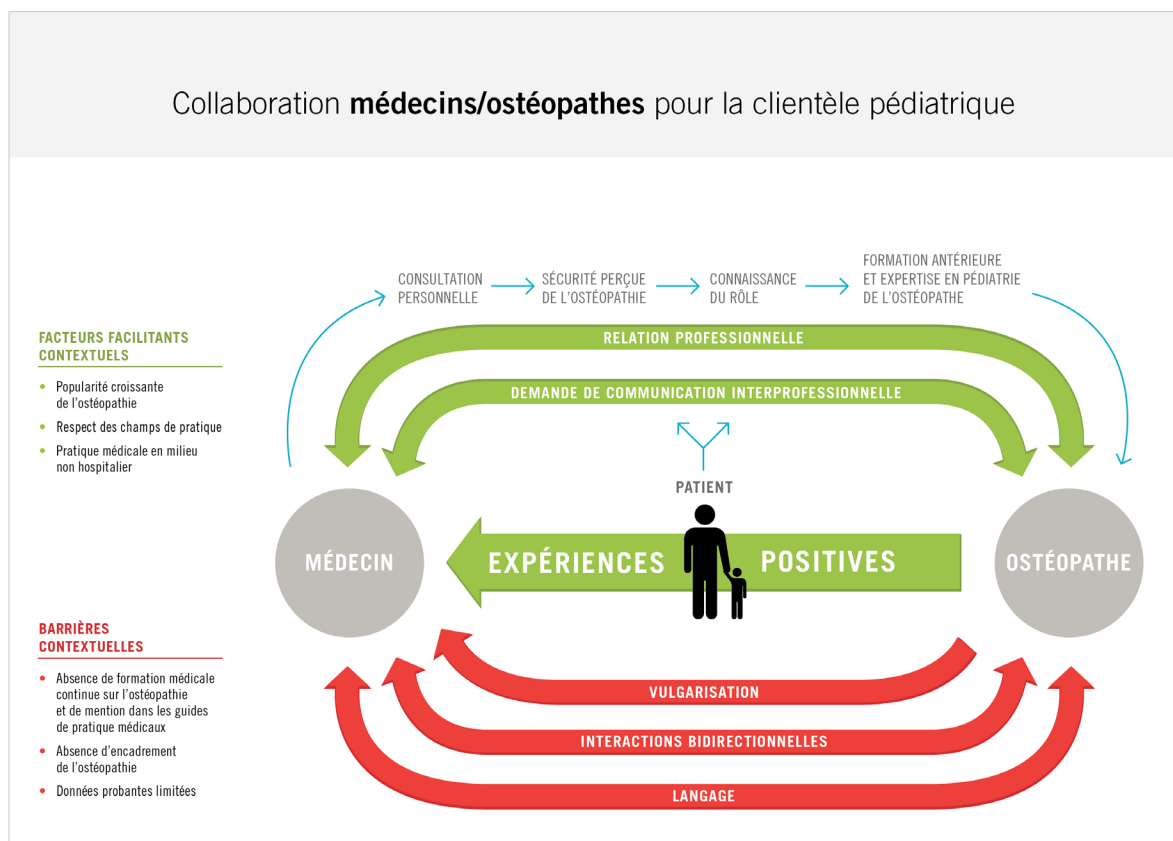
12. Leach, C.M., et al., *Patients' expectations of private osteopathic care in the UK: a national survey of patients*. BMC Complementary and Alternative Medicine, 2013. **13**: p. 122-6882-13-122.
13. Ben-Arye, E., et al., *Integrative pediatric care: parents' attitudes toward communication of physicians and CAM practitioners*. Pediatrics, 2011. **127**(1): p. e84-95.
14. Ben-Arye, E., M. Scharf, and M. Frenkel, *How should complementary practitioners and physicians communicate? A cross-sectional study from Israel*. Journal of the American Board of Family Medicine 2007. **20**(6): p. 565-571.
15. Kundu, A., et al., *Attitudes, patterns of recommendation, and communication of pediatric providers about complementary and alternative medicine in a large metropolitan children's hospital*. Clinical Pediatrics, 2011. **50**(2): p. 153-158.
16. Miles, M.B., A.M. Herberman, and J. Saldana, *Qualitative data analysis*. 2014, Los Angeles: SAGE Publications Inc.
17. Creswell, J.W. and V.L. Plano Clark, *Designing and conducting mixed methods research*. Vol. 2. 2011, Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
18. Onwuegbuzie, J. and R.B. Johnson, *The validity Issue in Mixed Research*. Research in the Schools, 2006. **13**(1): p. 48-63.
19. Careau, E., et al., *Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation*. Disability and Rehabilitation, 2014: p. 1-7.
20. Gray, B. and P. Orrock, *Investigation into factors influencing roles, relationships, and referrals in integrative medicine*. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2014. **20**(5): p. 342-6.
21. Klimenko, E. and K. Julliard, *Communication between CAM and mainstream medicine: Delphi panel perspectives*. Complementary therapies in clinical practice, 2007. **13**(1): p. 46-52.
22. Turner, P. and E. Holrord, *Holism in osteopathy - Bridging the gap between concept and practice: A grounded theory study*. International Journal of Osteopathic Medicine 2016. **22**: p. 40-51.
23. Streckfuss, J. *Unlocking the language of palpatory experience*. in *OsEAN Open Forum: Teaching palpation*. 2011. Potsdam, Germany.

24. Aubin, A., K. Gagnon, and C. Morin, *The seven-step palpation method: A proposal to improve palpation skills*. International Journal of Osteopathic Medicine, 2013. **17**(1): p. 66-72.
25. Frenkel, M., et al., *Educating CAM practitioners about integrative medicine: an approach to overcoming the communication gap with conventional health care practitioners*. Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, NY), 2007. **13**(3): p. 387-391.
26. Hayward, C. and S. Willcock, *General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction*. Prim Health Care Res Dev, 2015. **16**(3): p. 304-8.
27. Schiff, E., et al., *Bridging the physician and CAM practitioner communication gap: suggested framework for communication between physicians and CAM practitioners based on a cross professional survey from Israel*. Patient Education and Counseling, 2011. **85**(2): p. 188-193.
28. Institute for Health Improvement. *SBAR Technique for communicating: A situational briefing Model*. 2011 [cited 2016 December 15th]; Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx>.
29. Cho, Y.I., T.P. Johnson, and J.B. Vangeest, *Enhancing surveys of health care professionals: a meta-analysis of techniques to improve response*. Evaluation & the Health Professions, 2013. **36**(3): p. 382-407.
30. Poupart, J., et al., *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. 1997, Montréal: Gaëtan Morin.

6.4 Représentation illustrative des principaux résultats de l'étude

La figure 4 est une illustration intégrative des résultats de l'étude. Les éléments en vert de la figure représentent les facteurs positivement associés aux références et les facteurs facilitants à la CIP. Les éléments en rouge représentent les barrières documentées à la CIP entre les médecins et les ostéopathes. Les flèches illustrent la direction des éléments ou des processus en cause. Les lignes bleues soulignent les éléments qui agissent comme des catalyseurs de CIP. Finalement, la colonne de gauche réfère aux différents éléments (tant les facteurs facilitants que les barrières) contextuels entourant la collaboration entre médecins et ostéopathes pour la clientèle pédiatrique au Québec.

Figure 4
Illustration intégrative de la collaboration médecins/ostéopathes pour la clientèle pédiatrique



CHAPITRE 7

DISCUSSION

La discussion est présentée en trois grandes sections. En premier lieu, les résultats obtenus sont discutés de façon plus large et intégrée que dans les articles en regard des écrits scientifiques portant sur le phénomène de CIP et en regard du modèle conceptuel initial. Ensuite, les forces et limites de l'étude sont présentées. Les retombées de l'étude terminent ce chapitre.

7.1 Discussion intégrée des résultats

L'objectif général de cette étude mixte séquentielle explicative était de mieux comprendre la CIP entre les médecins et les ostéopathes québécois impliqués auprès de la clientèle pédiatrique. La première partie de cette section discute de façon intégrée les résultats de l'étude en lien avec les écrits scientifiques sur la CIP entre, d'une part, les médecins et, d'autre part, les praticiens des MC exerçant en contexte de pratique privée. La deuxième partie explique les différences et les similitudes entre les facteurs influençant la CIP obtenus dans la présente étude et ceux du modèle collaboratif de prestation et d'accès direct aux soins musculo-squelettiques en première ligne de Mior et collaborateurs (2010), modèle conceptuel clé ayant guidé l'étude. Ces différences ont mené à la conception de l'illustration des pratiques de collaboration propres au contexte de l'ostéopathie (figure 4).

7.1.1 La collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes

Les objectifs spécifiques de cette étude étaient de 1) décrire la situation actuelle au Québec en termes de collaboration entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique et 2) explorer les facteurs facilitants et les barrières au développement de la CIP expérimentés par les médecins et les ostéopathes.

7.1.1.1 Type de pratique de collaboration en présence

Dans un premier temps, les résultats de cette étude informent et quantifient différents aspects du phénomène de CIP entre les médecins et les ostéopathes (objectif 1). À notre connaissance, aucune autre étude à ce jour ne documente ce phénomène au Québec, que ce soit en termes de références, de modes de communication, d'interactions ou de relations professionnelles entre ces praticiens. L'information recueillie par les questionnaires postaux révèle qu'il existe des échanges de références entre médecins et ostéopathes. Ces résultats vont dans le sens des conclusions de Gaboury et collaborateurs (2016) qui indiquent que l'ostéopathie est en tête de liste des MC les plus recommandées par les médecins de famille au Québec. Incluse dans le questionnaire des ostéopathes, la grille permettant de documenter la provenance de la référence de tous les nouveaux patients pédiatriques vus en ostéopathie pendant une période de deux semaines a permis de confirmer la présence de références « réelles » effectuées par les médecins dans la pratique quotidienne. En effet, 1/5 des nouveaux patients de 18 ans et moins en ostéopathie étaient référés directement à un ostéopathe par un médecin de famille ou un pédiatre.

Selon le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (2014), ce type d'interactions réfère à une pratique par consultation/référence dans laquelle il y a une intention d'échange d'informations entre les praticiens, contrairement à la pratique parallèle dans laquelle l'intention est seulement, pour l'un des intervenants, d'obtenir de l'information sur l'intervention de l'autre (Careau et al., 2014a). Selon les auteurs du Continuum, la pratique par consultation/référence est utilisée pour demander la contribution spécifique d'un autre professionnel dans le but d'améliorer les soins offerts au patient. Elle implique une connaissance et une reconnaissance des limites de son expertise et le recours à un professionnel, par exemple, d'un autre champ disciplinaire. Le professionnel recevant la référence décide alors seul des suites à donner, les savoirs disciplinaires demeurent parallèles et les interactions peu nombreuses et épisodiques. Cette description des processus de collaboration en place lors de la pratique par consultation/référence correspond à l'expérience décrite par la majorité des participants à la présente étude, médecins ou ostéopathes, lorsqu'ils effectuent ou reçoivent une référence. L'intention motivant cette pratique de collaboration par consultation/référence, soit

d'échanger de l'information de façon bidirectionnelle (voir figure du continuum à l'annexe 1), ne semble cependant pas s'incarner complètement dans la pratique quotidienne des médecins et ostéopathes québécois, puisqu'il y a peu de retours de part et d'autre à la suite d'une référence. Les savoirs disciplinaires demeurent parallèles en espérant toutefois qu'ils se juxtaposent afin de répondre le mieux possible aux besoins de l'enfant et de son parent (Careau et al., 2014a).

7.1.1.2 Références

Toujours en lien avec l'objectif 1, un des apports de cette étude doctorale est de documenter les prédicteurs de références entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique. Statistiquement, les références en ostéopathie sont positivement associées à la présence d'une relation professionnelle, à l'expérience de consultation personnelle en ostéopathie, à la pratique médicale en milieu non hospitalier et à la connaissance du rôle actif de l'ostéopathie pour certaines conditions chez la clientèle pédiatrique. Ces résultats corroborent certains résultats d'études antérieures qui identifient les consultations personnelles (Jong et al., 2012; Vlieger et al., 2011) et la connaissance du rôle des MC (Jong et al., 2012; Vlieger et al., 2011) comme des facteurs associés à la référence de la clientèle pédiatrique aux MC. Étant donné la fréquence élevée d'expériences positives rapportées aux médecins par les parents dans notre étude, cette variable n'a pu être introduite dans le modèle de régression avec les autres variables. Cependant, une forte association bivariée a été retrouvée entre le fait d'avoir eu des expériences positives rapportées et la référence en ostéopathie. Cette association a été validée de façon qualitative à de multiples occasions lors des entretiens. La présence de ce facteur est en cohérence avec les écrits scientifiques sur l'impact des expériences positives rapportées par le patient et les références aux praticiens des MC (Chung et al., 2012), incluant en ostéopathie pour la clientèle adulte (Wardle et al., 2013). Certaines similitudes sont également présentes entre nos résultats et d'autres facteurs associés aux références en ostéopathie ou chiropractie documentés pour la clientèle adulte (Wardle et al., 2013). En effet, les résultats de notre étude corroborent que le recours à un ostéopathe pour obtenir de l'information sur l'approche, l'absence d'autres options de traitement et la croyance sur l'efficacité ou la pertinence de l'ostéopathie pour certaines conditions influencent les

références par les médecins. Ces facteurs ont effectivement été identifiés dans notre étude que ce soit statistiquement à l'aide des données des questionnaires ou qualitativement lors des entretiens. Seule la difficulté d'accès à une large variété de spécialistes médicaux, documentée par Wardle et collaborateurs (2013) n'a pas été explorée ou identifiée comme facteur potentiel pouvant influencer les références dans la présente étude. Une divergence a cependant été soulevée entre les résultats de notre étude et celles des autres chercheurs. En effet, pour la clientèle adulte, la demande du patient pour des références en ostéopathie ou en chiropractie est un des facteurs influençant le plus fortement les références par les médecins. Dans notre étude, les médecins et les ostéopathes rapportent plutôt que les parents ont souvent consulté l'ostéopathe avant même de consulter leur médecin. Une des hypothèses avancées pouvant expliquer en partie ce phénomène est que certaines familles québécoises choisiraient, dans l'optique où la médecine conventionnelle offre des solutions souvent limitées aux parents pour, par exemple, les problèmes musculo-squelettiques, de consulter des praticiens des MC en premier lieu afin de limiter les visites chez le médecin (Jean & Cyr, 2007). La crainte d'effets secondaires et l'insatisfaction face à la médecine conventionnelle sont aussi des raisons parfois évoquées en faveur du choix d'utilisation des MC par les parents (Robinson et al., 2008). Le bouche à oreille et les expériences positives rapportées par des parents ou amis ont également une influence sur la décision des parents de consulter des praticiens des MC, incluant des ostéopathes (Robinson et al., 2008), sans demander l'avis du médecin (Gruber et al., 2014).

La pratique médicale en milieu non hospitalier est un élément qui n'a pas été identifié dans les écrits recensés comme un facteur influençant les références par les médecins vers les MC pour la clientèle pédiatrique (Jong et al., 2012; Vlieger et al., 2011) ou vers l'ostéopathie pour la clientèle adulte (Wardle et al., 2013). Cette association est cependant significative dans la présente étude. Il est possible, dans notre étude, que l'inclusion d'une large population de médecins de famille et de pédiatres œuvrant dans une diversité de milieux, et non un seul type de milieu, ait permis de documenter l'influence de ce facteur sur les références.

À notre connaissance, aucune autre étude n'a documenté la pratique de référence des ostéopathes vers les médecins. Cette pratique de référence est présente principalement

lorsque la condition du patient est perçue par l'ostéopathe comme étant à l'extérieur de son champ de pratique ou quand les résultats des interventions en ostéopathie n'offrent pas les résultats attendus. Ces deux raisons sont aussi celles qui correspondent aux raisons les plus fréquentes de références au médecin par d'autres professionnels de la santé au Québec, comme les physiothérapeutes (Perreault et al., 2014).

7.1.1.3 Connaissances des paramètres de pratique et du rôle de l'ostéopathie

Les résultats permettent de dresser deux constats au sujet de la connaissance générale des paramètres de pratique spécifiques à l'ostéopathie au Québec. Le premier est la présence d'un niveau très élevé de bonnes réponses (plus de 95 %) aux questions concernant les structures du corps sur lesquelles les ostéopathes interviennent et la non-nécessité d'être physiothérapeute pour être ostéopathe. Le deuxième constat est, à l'inverse, le faible taux de bonnes réponses (moins de 50 %) concernant l'absence de titre protégé pour les ostéopathes et l'équivalence du niveau de formation du plus grand nombre d'ostéopathes en exercice actuellement au Québec.

Ces constats, similaires à ceux obtenus dans d'autres pays (Engel et al., 2016; Wotruba, 2010) ou pour d'autres types de praticiens des MC (Jarvis et al., 2015), pourraient indiquer que les médecins enrichissent leurs connaissances surtout par l'expérience acquise en clinique, notamment par les interactions avec des patients ayant consulté en ostéopathie, avec des ostéopathes ou avec des collègues. En effet, ces sources directes d'information, additionnées à la connaissance du rôle de l'ostéopathie pour certaines problématiques pédiatriques, sont associées de façon significative à une meilleure connaissance générale des paramètres de pratiques. Le faible taux de bonnes réponses à la question sur le statut légal de l'ostéopathie au Québec suggère, tel que mentionné par des participants lors des entretiens, le besoin d'avoir un meilleur accès à de l'information sur l'ostéopathie. Obtenir de l'information sur le statut légal ainsi que des données probantes en ostéopathie pourrait être utile à la pratique clinique particulièrement dans le contexte où l'ostéopathie est la MC la plus fréquemment suggérée par les médecins de famille québécois (Gaboury et al., 2016). Selon certains médecins, les responsables de l'encadrement des professionnels de la santé, incluant le comité de création du futur Ordre des ostéopathes et le Collège des

médecins du Québec, devraient collaborer entre eux afin de rendre disponibles et accessibles les informations utiles à la pratique clinique.

Les médecins perçoivent majoritairement le rôle de l'ostéopathie comme étant plus pertinent pour des problèmes ou des douleurs musculo-squelettiques incluant, par exemple les torticolis et les plagiocéphalies chez le nourrisson, que pour la prévention ou pour d'autres motifs de consultation non reliés au système musculo-squelettique. Les résultats de l'étude ne permettent pas de conclure sur les raisons exactes de ce phénomène, mais certaines pistes soulignées par les participants sont à explorer dans le futur. Une de ces pistes pourrait être le fait que les problèmes musculo-squelettiques sont en tête de liste des motifs de consultation pédiatrique en ostéopathie au Québec et que le nombre important des consultations pour ces motifs de consultation (Morin & Aubin, 2014) amène les médecins à entendre les parents témoigner de façon répétitive et régulière au sujet de ce type d'expériences, qui sont fréquemment favorables. Cette rétroaction et la constatation répétée de résultats positifs pourraient alimenter chez les médecins une confiance en la pertinence du rôle de l'ostéopathe pour ces motifs de consultation et favoriser à moyen terme plus de collaboration ou de références pour ce type de cas comme ce fut documenté dans la recension de Chung et collaborateurs (2012) sur les MC en clinique intégrative. Une autre piste possible, selon certains médecins et ostéopathes participant aux entretiens, est la difficulté de soutenir, pour les ostéopathes, et de comprendre, pour les médecins, les mécanismes d'action des interventions ostéopathiques pour des problématiques non musculo-squelettiques comme les coliques ou les maux de tête, particulièrement quand on cherche à les inscrire dans un modèle explicatif purement biomédical. Dans ces cas, l'absence ou la rareté de données issues de la recherche est considérée comme un frein à la compréhension de la pertinence du rôle de l'ostéopathie. Finalement, une dernière piste semble être la difficulté à valider la pertinence des interventions préventives en ostéopathie pour la clientèle pédiatrique quant à leur réel effet sur la santé et le bien-être.

Bien que la majorité des médecins québécois ayant participé à un sondage sur leur perception du rôle et des obligations des médecins face aux MC sont en accord avec leur rôle d'informer les patients quant aux différentes interventions disponibles, moins de la moitié d'entre eux déclarent se sentir adéquatement outillés pour le faire (Gaboury et al.,

2016). Nos résultats, qui confirment l'absence de formation continue disponible et l'absence d'explication au sujet de l'ostéopathie dans les guides de pratique médicaux, soutiennent les conclusions de Gaboury et collègues (2016) qui sont en faveur d'une meilleure exposition des médecins aux MC, notamment au moment de leur formation initiale et lors de formations continues.

7.1.1.4 Facteurs facilitants et barrières à la CIP médecins/ostéopathes

L'étude a également permis de documenter les facteurs facilitants et les barrières spécifiques au contexte de CIP entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique (objectif 2). En plus des facteurs associés aux références en ostéopathie discutés précédemment (objectif 1), les facteurs facilitants identifiés sont les expériences cliniques positives rapportées par les parents, la présence pour l'ostéopathe d'une formation antérieure comme professionnel de la santé, une expertise reconnue de l'ostéopathe pour intervenir auprès de la clientèle pédiatrique, les demandes des parents pour une communication interprofessionnelle et la sécurité perçue de l'ostéopathie pour la clientèle pédiatrique. De plus, au niveau contextuel, les facteurs facilitants sont le respect des champs de pratique (qui favorise la complémentarité des soins) et la popularité croissante de l'ostéopathie.

La plupart de ces facteurs facilitants sont en concordance avec ceux retrouvés en contexte de médecine intégrative, que ce soit dans la recension de Chung et collaborateurs (2012) ou dans l'étude de Gray et Orrock (2014). En effet, ces études soulignaient plus d'une quinzaine de facteurs facilitants dont certains s'appliquent au contexte de CIP entre les médecins et les ostéopathes. Cependant, trois facteurs nouveaux, qui semblent plus spécifiques au contexte de l'étude et qui sont considérés comme des catalyseurs encourageant la collaboration, ont été identifiés soit 1) l'expertise de l'ostéopathe pour intervenir auprès de la clientèle pédiatrique, 2) la sécurité générale perçue de l'ostéopathie et 3) la demande des parents pour une communication directe entre le médecin et l'ostéopathe. Les deux premiers facteurs sont en lien avec la perception que les soins sont adaptés et ne sont surtout pas nocifs ou dangereux pour l'enfant. Cette perception semble cependant reposer principalement sur l'expérience clinique ou encore la « bonne

réputation » d'un ostéopathe en particulier ou de l'ostéopathie en général. La notion d'innocuité d'une approche est généralement prise en compte par les médecins de famille québécois lors de la justification de l'utilisation d'une MC (Gaboury et al., 2016). Le dernier facteur, la demande des parents pour une communication directe entre le médecin et l'ostéopathe peut relever du fait que les parents considèrent cette communication comme ayant un impact sur les traitements, et donc sur le bien-être et la sécurité de leur enfant (Ben-Arye et al., 2011).

Les barrières à la CIP documentée dans la présente étude sont la rareté des interactions professionnelles (incluant les rétroactions à la suite d'une référence), les problèmes reliés au langage et à la vulgarisation, le contexte organisationnel (en particulier les conditions de pratique des médecins, l'absence de formation continue disponible sur l'ostéopathie et de mention dans les guides de pratique médicaux), le contexte légal (notamment l'absence d'un ordre professionnel et d'une formation universitaire pour l'ostéopathie) ainsi que les données probantes limitées (terme référant à des publications scientifiques de résultats de recherche clinique), surtout dans les domaines autres que les problématiques musculo-squelettiques. De façon générale, ces barrières regroupent des thèmes communs à ceux documentés dans le contexte de cliniques intégratives (Chung et al., 2012; Gray & Orrock, 2014). Cependant, la rareté des rétroactions et des interactions, dénotent plus de similitudes avec les barrières documentées en contexte de collaboration entre les médecins et des praticiens, des MC ou du domaine biomédical, travaillant en pratique privée (Penney et al., 2016; Perreault et al., 2014). En effet, dans ce contexte, les interactions informelles sont plus limitées que dans celui des cliniques intégratives (Chung et al., 2012; Gray & Orrock, 2014).

Le langage utilisé pour décrire les interventions ostéopathiques et la capacité de vulgarisation ont été documentés dans l'étude comme des barrières importantes pouvant nuire à la communication efficace et donc à la CIP. Les résultats de l'étude concernant le langage sont en concordance avec plusieurs écrits scientifiques discutant des difficultés de communication reliées, entre autres, à l'absence d'un langage commun entre les praticiens de la médecine conventionnelle et ceux des MC (Breen et al., 2000; Chung et al., 2012; Keshet et al., 2013; Mior et al., 2010). Nos résultats soulèvent également que la formation

des ostéopathes quant aux habiletés communicationnelles en contexte de soins de santé, incluant l'utilisation d'un langage compréhensible pour tous, pourrait être déficiente. Un des grands constats de l'étude révèle la difficulté pour les ostéopathes de mettre en mots leur ressenti palpatoire. Les aspects reliés au langage et à la vulgarisation soulevés dans l'étude dépassent les recommandations inscrites dans le cadre de Mior et collaborateurs (2010) et sont discutés plus en profondeur dans la partie 7.1.2 intitulée *Illustration spécifique de la CIP entre les médecins et les ostéopathes*.

Outre les interactions, le langage et la vulgarisation, les barrières plus purement contextuelles documentées dans l'étude sont maintenant discutées. Au niveau du contexte organisationnel, les médecins appuient, lorsque nécessaire, leur pratique clinique sur des guides de pratique et les informations transmises par leurs instances professionnelles sur certains sujets. Notre étude révèle cependant l'absence de formation continue ou de mention de l'ostéopathie dans les guides de pratique et la littérature usuelle des médecins québécois. Cette absence limite le développement de leurs connaissances de cette approche et sa pertinence pour certaines problématiques. L'absence d'encadrement professionnel légal pour l'ostéopathie et les données probantes souvent limitées peuvent expliquer en partie cette absence de lignes directrices concernant l'utilisation de l'ostéopathie par les différentes instances médicales. En effet, l'absence d'encadrement, bien qu'elle n'empêche pas formellement les références médicales à un praticien des MC, entraîne la nécessité d'un suivi plus attentif de la part du médecin référant, incluant de s'assurer des qualifications du praticien à qui le patient est référé (Gilmour et al., 2011). Actuellement, le code de déontologie des médecins du Québec impose une limite claire à la pratique de collaboration avec les praticiens des MC non reconnues (Collèges des médecins du Québec, 2015). En lien avec cette situation, la création d'un ordre des ostéopathes par l'Office des professions du Québec (Office des professions du Québec, 2014, 2016) a été identifiée par les participants comme un élément favorable à la CIP puisque, pour protéger les utilisateurs, ce nouvel ordre professionnel devra s'assurer de la qualification des ostéopathes membres de l'Ordre et en protégera le titre. Le développement d'un programme universitaire en ostéopathie, associé à l'encadrement de la profession, est également perçu comme un facteur pouvant favoriser la CIP et même, pour certains, une opportunité future de formation interprofessionnelle permettant d'augmenter la connaissance du rôle de chacun.

Les données probantes limitées sont aussi un argument fréquemment évoqué par les opposants à l'utilisation des MC (Chung et al., 2012). Malgré le nombre croissant de publications scientifiques concernant l'efficacité de l'ostéopathie (Gaboury & Morin, 2017), la qualité et le niveau de preuve, établis selon les standards du paradigme biomédical, pourraient effectivement ne pas permettre l'inclusion de recommandations concernant l'ostéopathie dans des guides de pratique médicaux. Même dans les pays où la pratique de l'ostéopathie est règlementée depuis de nombreuses années, les évidences limitées au sujet des risques et des bénéfices de l'ostéopathie demeurent une source d'insécurité (McGivern et al., 2015). Plusieurs chercheurs évoquent le besoin de développer un système d'évaluation de l'efficacité des MC différent de celui de la médecine conventionnelle, dans lequel les essais cliniques randomisés ont la cote, et ce, afin d'être cohérent avec les philosophies et les pratiques des MC (Deng et al., 2010; Hansen & Kappel, 2012; Hsu et al., 2010; Iyioha, 2011; Verhoef et al., 2012; Walach et al., 2006). Ce système adapté aux MC prévoit, entre autres, l'utilisation d'essais pragmatiques pour l'évaluation de l'efficacité des interventions des MC en contextes réels (Hansen & Kappel, 2012; Sundberg et al., 2013). Les commentaires et les opinions relevés dans la présente étude concernant les données probantes vont de la nécessité absolue d'avoir des essais randomisés de qualité élevée pour soutenir une pratique de collaboration à la possibilité de s'appuyer davantage sur les expériences positives observées en clinique. En effet, malgré les données probantes limitées pour les MC, certains médecins continuent de voir la pertinence de leur utilisation en clinique, particulièrement lorsque l'approche est perçue comme sécuritaire (Jarvis et al., 2015). L'étude québécoise de Gaboury et collaborateurs (2016) révèle d'ailleurs que 67 % des médecins répondants sont en accord ou totalement en accord avec le fait que l'utilisation d'une MC peut être justifiée même s'il n'existe aucune donnée probante quant à son efficacité ce qui correspond, en grande partie, à la situation documentée dans notre étude. Cet aspect soulevé dans la présente étude correspond donc davantage à la notion de la pratique basée sur les évidences (*evidence based medicine*) dans laquelle les données probantes, l'expertise du praticien et les préférences du patient sont prises toutes trois en considération (Sackett et al., 1996).

7.1.1.5 *Communication*

La richesse des résultats quantitatifs et qualitatifs concernant spécifiquement la communication a mené l'équipe de recherche à approfondir ce thème (article 3). Les principaux constats de l'étude soulignent que, bien qu'une interaction bidirectionnelle soit requise et souhaitée lors de la pratique de consultation/référence (Careau et al., 2014b), cette pratique s'incarne rarement dans le travail quotidien des médecins et des ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique, ce qui est en accord avec les résultats de plusieurs études sur des dyades de collaboration incluant des médecins (Chung et al., 2012; Hayward & Willcock, 2015; Kundu et al., 2011; Penney et al., 2016; Soklaridis et al., 2009). Bien que la difficulté de vulgarisation du ressenti palpatoire semble davantage liée au contexte particulier de l'ostéopathie, le défi que représente la communication explicite, incluant l'utilisation d'un langage compris de tous et la transmission d'un contenu utile, est documenté dans plusieurs études en contextes de collaboration incluant des médecins (Allareddy et al., 2007; Benedict, 2007; Breen et al., 2000; Hayward & Willcock, 2015; Klimenko & Julliard, 2007; Schiff et al., 2011; Soklaridis et al., 2009). En effet, les compétences de communication sont essentielles en matière d'interprofessionalisme. Elles supposent la capacité de communiquer efficacement avec les autres dans un esprit de collaboration, d'ouverture et d'écoute (CPIS, 2010).

L'absence de formation sur les habiletés de communication a été un point soulevé à plusieurs moments par les participants ostéopathes ce qui a conduit à la formulation de recommandations en ce sens. Le développement des compétences communicationnelles des ostéopathes est en effet essentiel pour collaborer, non seulement avec les autres professionnels de la santé, mais également avec leurs patients. En effet, une étude réalisée en Angleterre révèle que plus de 80 % des plaintes contre des ostéopathes découlent d'une communication inefficace avec le patient (Carnes, 2016).

Finalement, les résultats de l'étude soutiennent ceux de deux études antérieures sur les risques potentiels d'utiliser le patient et ses proches comme véhicule principal de communication (Penney et al., 2016; Soklaridis et al., 2009).

7.1.1.6 *Représentativité des participants*

La présente étude a utilisé la banque de données *Scott MD Select* 2013 pour l'identification des médecins de famille impliqués auprès de la clientèle pédiatrique et des pédiatres sans surspécialité. Cette banque de données présente l'avantage de couvrir l'ensemble du territoire québécois et d'être disponible à des fins de recherche. De plus, elle est la banque de données recommandée par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada pour ce type d'enquête. Cependant, le taux de réponse modéré des médecins au questionnaire nécessite une attention particulière afin de vérifier la représentativité des participants.

Tout d'abord, le pourcentage de femmes parmi les médecins répondants au questionnaire diffère de celui de la population initiale (73,7 % (IC 95 % : 71,1 %; 76,3 %) comparé à 56,3 % (IC 95 % : 53,3 %; 59,3 %) dans la population initiale). Le genre étant un facteur connu pouvant influencer les réponses des médecins à des questionnaires sur les MC (Kier et al., 2013), une attention particulière a été portée à la considération de son influence lors des analyses statistiques (analyses selon le genre). Malgré le taux de réponse plus élevé chez les ostéopathes, le pourcentage de femmes parmi ces répondants demeure plus élevé que dans la population initiale (79,5 % (IC 95 % : 76,6; 82,4) comparé à 70,6 % (IC 95 % : 67,3; 73,9) dans la population initiale). Cependant, l'échantillon d'ostéopathes respecte la représentativité des ostéopathes membres d'Ostéopathie Québec pour la formation antérieure au diplôme en ostéopathie. De plus, près de la moitié des médecins ont mentionné avoir consulté personnellement en ostéopathie ce qui pourrait induire un préjugé favorable face à l'ostéopathie et ainsi non seulement influencer les résultats quantitatifs mais également mener à une sous-estimation des barrières à la CIP.

7.1.2 *Illustration spécifique de la CIP entre les médecins et les ostéopathes*

Pour réaliser cette étude doctorale, il semblait essentiel de la faire reposer sur un modèle conceptuel le plus près possible du contexte de pratique des ostéopathes en pratique privée au Québec d'où la pertinence d'utiliser le modèle collaboratif de prestation et d'accès direct aux soins musculo-squelettiques en soins de première ligne (Mior et al., 2010). Cependant, une représentation propre au contexte à l'étude a graduellement émergé des

résultats. La compréhension en profondeur du phénomène de CIP entre les médecins et ostéopathes a fait ressortir certains facteurs et processus divergents ou novateurs face au modèle conceptuel retenu. Une vision intégratrice des résultats de l'étude a donc été développée afin de représenter spécifiquement les facteurs influençant la CIP entre les médecins et les ostéopathes dans le contexte actuel de pratique au Québec. Étant donné la nécessité reconnue de développer des représentations adaptées le plus possible aux populations, aux contextes de soins et aux processus de travail étudiés (Lemieux-Charles & McGuire, 2006), une illustration des facteurs et processus impliqués dans le phénomène de CIP entre les médecins et ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique a été réalisée (Figure 4). Cette illustration, actuellement nommée « Collaboration médecins/ostéopathes pour la clientèle pédiatrique », est discutée et comparée aux composantes du modèle de Mior et collaborateurs (2010) dans les sections suivantes.

7.1.2.1 Rôle du patient

Le premier élément nécessitant une nuance est la place du patient documenté dans la présente étude. Pour Mior et collaborateurs (2010), le patient occupe le centre du modèle puisqu'il est la raison motivant la collaboration entre le médecin et le chiropraticien. La centralité du patient renforce l'idée que la collaboration doit favoriser la participation du patient aux décisions cliniques et que ses choix doivent être respectés. Dans notre contexte de collaboration médecins/ostéopathes, non seulement le patient (qui réfère ici à l'enfant et son environnement social proche) est au centre de l'illustration, mais il est également partie prenante dans la majorité des processus et des échanges effectués entre le médecin et l'ostéopathe. En effet, nous avons constaté que les expériences positives fréquemment rapportées par les parents à la suite d'une consultation en ostéopathie avec leur enfant stimulent la curiosité de certains médecins face à l'ostéopathie et peuvent graduellement les amener à y référer d'autres jeunes patients présentant des problèmes similaires. Cette rétroaction sur les bénéfices ou l'absence de bénéfices provient donc, la plupart du temps, directement du patient. De plus, et ce malgré les inconvénients possibles, les communications existantes entre les médecins et les ostéopathes pour les patients communs passent le plus souvent également par le patient. Cet aspect est cohérent avec les résultats de l'étude de Penney et coll. (2016), réalisée dans un contexte de collaboration entre des

médecins et des chiropraticiens et acuponcteurs impliqués auprès d'une clientèle présentant des douleurs chroniques musculo-squelettiques. Selon cette étude, il n'existe pas de canal de communication direct entre ces praticiens, le patient étant entièrement en charge de la communication. Cependant, les résultats de notre étude laissent entendre que certains parents vont « provoquer » la communication en demandant à l'ostéopathe de faire une note explicative pour le médecin afin de les soutenir au moment d'une consultation subséquente ou d'un suivi médical pour la même problématique. Le patient est donc considéré comme la plaque tournante pour les échanges professionnels et doit donc être placé au centre du modèle.

7.1.2.2 *Communication*

Plusieurs points communs dans le domaine de la communication sont présents entre le contexte de collaboration médecins/chiropraticiens et celui médecins/ostéopathes comme l'importance perçue de la communication concernant l'évolution du patient, le besoin de minimiser le temps requis pour effectuer une communication, la valorisation de l'utilisation de lettres écrites courtes pour échanger de l'information clinique sur le patient et le défi que représente l'utilisation d'un langage commun. Dans le modèle de Mior et collaborateurs (2010), l'emphase est mise sur la présentation d'un ensemble d'activités formelles et informelles visant, notamment, à favoriser la connaissance de l'autre et à développer des relations professionnelles. Dans notre contexte, la relation professionnelle est documentée statistiquement comme un facteur facilitant de la CIP. Elle est représentée par une flèche bidirectionnelle unissant directement le médecin et l'ostéopathe. Dans le cas de cette collaboration, les conclusions émergeant de l'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs soulignent plus précisément les enjeux liés à la communication que le modèle initial de Mior et collaborateurs (2010).

Un élément important émergeant du contexte de CIP entre médecins et ostéopathes est la rareté des interactions et des rétroactions bidirectionnelles. Au-delà de l'importance des interactions sociales utiles pour mieux se connaître et pour favoriser le développement d'une relation professionnelle, tel que mentionné par Mior et collaborateurs (2010), la rareté des interactions bidirectionnelles entre les médecins et ostéopathes, incluant une

rétroaction sur une référence ou une communication écrite, affecte de plusieurs façons la CIP. Par exemple, l'absence de rétroaction sur une référence effectuée par un médecin à un ostéopathe ne permet pas au médecin de valider si cette référence était pertinente ou non, limitant ainsi les possibilités d'ajustements ou l'amélioration des connaissances sur le champ de pratique de l'ostéopathe. Cette absence d'interactions a été documentée comme une barrière à la collaboration dans d'autres dyades de collaborateurs, telle que celle entre les médecins et les physiothérapeutes en pratique privée (Hayward & Willcock, 2015). En sens inverse, l'absence de rétroactions à la suite d'une communication écrite révélant les interventions réalisées, les résultats cliniques et les recommandations d'un ostéopathe peut le démotiver pour de futures communications, affecter sa confiance à collaborer et surtout, elle ne pas lui permettre d'adapter son langage, le format ou le contenu de ses communications pour de futurs échanges. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Chung et collaborateurs (2012) sur l'importance de la rétroaction qui permet, entre autres, de bâtir sa confiance en regard des compétences de l'autre et qui permet également, particulièrement pour les praticiens des MC, le sentiment d'être respectés (Chung et al., 2012).

Parallèlement au manque de communication directe, l'absence d'un langage commun constitue une barrière potentielle à la collaboration qui, comme proposé par Mior et coll., peut être réduite par le développement d'un glossaire à utiliser lors de communications interprofessionnelles. Dans notre étude, certains ostéopathes, ayant suivi une formation continue spécifique à la clientèle pédiatrique en contexte médical ou ayant une double formation de professionnel de la santé et d'ostéopathe, ont mentionné avoir plus de facilité à communiquer avec les autres professionnels en utilisant des termes anatomiques classiques. Ces données pointent la nécessité d'inclure l'enseignement d'habiletés communicationnelles en contexte de soins en santé dans les programmes de formations en ostéopathie. En ce sens, il a été documenté que les étudiants des MC se sentent généralement mieux outillés pour communiquer avec les praticiens en médecine conventionnelle après avoir été exposés à une initiative éducative pédagogique structurée qui stimule la pensée critique (incluant l'utilisation des données probantes), qui informe sur les soins centrés sur le patient et qui développe les compétences en communication axées spécifiquement vers les praticiens de la médecine conventionnelle (Frenkel et al., 2007). Ce

type de formation peut augmenter le sentiment d'autonomisation et de confiance en son propre travail et en son processus de communication avec les médecins (Frenkel et al., 2007).

Dans le contexte de la collaboration médecins/ostéopathes, le problème de communication semble se situer au-delà de l'utilisation d'une terminologie disciplinaire hermétique. En effet, en plus de l'absence d'un langage commun, les ostéopathes ont souligné de façon explicite avoir de la difficulté à vulgariser et à mettre en mots le ressenti palpatoire de leur évaluation ou intervention. La palpation, outil principal de la pratique ostéopathique, est connue comme une des compétences les plus difficiles à acquérir (Esteves & Spence, 2014). En effet, le geste de palpation thérapeutique est complexe et inclut la mise en œuvre de multiples connaissances, d'habiletés motrices et d'habiletés perceptuelles (Aubin et al., 2013). Dans la présente étude, de nombreux ostéopathes ont mentionné ne pas avoir acquis, lors de leur formation, comment expliciter dans un langage compris de tous ce qu'ils ressentent à la palpation. Ce manque est considéré comme nuisant à leur capacité d'expliquer clairement leur raisonnement clinique, qui devrait être soutenu par des liens anatomiques précis. La difficulté de vulgarisation est donc illustrée par une flèche rouge de l'ostéopathe vers le médecin dans la zone des barrières à la CIP.

Finalement, l'illustration souligne de quelle façon la demande de communication interprofessionnelle initiée par le patient devient un catalyseur de collaboration et, plus précisément, de communication directe entre les praticiens. Lorsque les paradigmes de soins et les modèles explicatifs d'intervention sont éloignés l'un de l'autre, il est souvent plus difficile pour le patient d'être le canal principal de communication. Dans ces circonstances, l'information transmise par le patient peut être inconsistante et incomplète, et nuire à la compréhension mutuelle des praticiens (Penney et al., 2016). En stimulant une communication interprofessionnelle directe, les parents semblent favoriser des échanges professionnels entre médecins et ostéopathes et limiter le potentiel de transmettre des informations mal interprétées ou erronées. En effet, selon Soklaridis et collaborateurs (2009), le patient est particulièrement sujet à interpréter les soins reçus et leurs résultats de façon différente de celle attendue par le praticien.

7.1.2.3 Paramètres de pratique et prestation de service

Trois facteurs des paramètres de pratique et de la prestation de service présentés par Mior et collaborateurs (2010) se retrouvent dans les résultats de la présente étude. Ces facteurs communs sont : 1) l'importance des données probantes, plus spécifiquement dans le contexte de collaboration médecins/ostéopathes, pour des conditions autres que musculo-squelettiques, 2) l'accès à de la formation et la mention de l'approche complémentaire dans certains guides de pratique médicaux et 3) l'encadrement de la pratique. Ces facteurs scientifique, organisationnel et légal liés au contexte, tous identifiés dans notre étude comme étant limités ou absents, sont représentés dans les barrières contextuelles à la CIP.

D'autres facteurs considérés par Mior et collaborateurs (2010), comme l'accessibilité aux soins, le coût des consultations et le remboursement par les assurances, ont été soulevés par les participants comme ayant une moindre influence sur les processus de CIP entre médecins et ostéopathes et n'ont donc pas été intégrés dans l'illustration de collaboration médecins/ostéopathes. Tout d'abord, la notion d'accessibilité aux soins a été peu élaborée par les participants. En effet, même si l'accès à un médecin peut être parfois complexe au Québec, les patients nécessitant, aux yeux de l'ostéopathe, une évaluation médicale ont toujours une option possible incluant l'utilisation de services d'urgence ou de clinique sans rendez-vous. Du côté des médecins, ceux ayant abordé le manque de disponibilité de certains ostéopathes mentionnent référer quand même leur patient ayant besoin d'une intervention puisque l'ostéopathe peut, à son tour, référer à un collègue. Parfois, les médecins réfèrent en demandant au parent de faire ses propres démarches pour trouver un ostéopathe compétent. Selon l'analyse de nos résultats, l'influence du coût des consultations en ostéopathie affecte principalement la CIP en contexte de pratique en milieu défavorisé. Selon les participants, dans ce contexte précis, l'ostéopathie n'est souvent pas considérée ni discutée avec le parent comme une option possible. Cependant, selon certains participants médecins et ostéopathes, dans quelques ressources œuvrant auprès de clientèles plus défavorisées, des ostéopathes bénévoles offrent un accès aux soins. Du côté des ostéopathes, il est possible qu'ils soient moins confrontés à la barrière des coûts car la clientèle qui les consulte possède généralement les ressources financières requises ou un plan d'assurance. Finalement, le remboursement des soins par les

assurances a été abordé uniquement dans les intentions motivant une référence écrite de la part du médecin.

Sept facteurs supplémentaires influençant la CIP entre médecins et ostéopathes et non discutés par Mior et collaborateurs (2010) ont émergé de la présente étude. Quatre d'entre eux favorisent la collaboration en agissant comme des catalyseurs à la CIP. Ces facteurs, se rapportant à l'individu (médecin ou ostéopathe), sont l'expérience de consultation personnelle en ostéopathie, la sécurité perçue des soins ostéopathiques pour la clientèle pédiatrique, la présence d'une formation antérieure comme professionnel de la santé ainsi que l'expertise reconnue pour intervenir auprès de la clientèle pédiatrique de l'ostéopathe. Bien qu'absente dans le modèle de Mior et coll., la présence d'expérience de consultation personnelle est un facteur documenté associé aux références pédiatriques pour diverses MC (Jong et al., 2012; Vlieger et al., 2011). Au niveau de la sécurité perçue des soins, contrairement aux préoccupations émises par les participants de l'étude de Mior et coll. concernant les soins chiropratiques pour la clientèle pédiatrique, nos résultats dévoilent plutôt une perception positive des médecins face à la sécurité des soins ostéopathiques. Dans la même veine, une formation antérieure comme professionnel de la santé et l'expertise avec la clientèle pédiatrique de l'ostéopathe peuvent être regroupées et perçues comme des éléments augmentant la sécurité des soins. Ces quatre facteurs sont illustrés sur la ligne de catalyseurs à la CIP et s'ajoutent à la connaissance du rôle de l'ostéopathe (discuté dans le développement de la confiance ci-dessous). Les trois autres facteurs, tous trois contextuels, émergeant de l'étude ont été discutés précédemment. Ce sont la popularité croissante de l'ostéopathie auprès de la clientèle pédiatrique, le respect par les praticiens, tant médecins qu'ostéopathes, de leur champ de pratique qui mène à une complémentarité possible des approches et la pratique médicale en milieu non hospitalier.

7.1.2.4 Développement de la confiance

Selon le modèle de Mior et collaborateurs (2010), le développement de la relation de confiance, un élément essentiel à la CIP, est négativement influencé par le manque de connaissances sur l'autre et par les expériences négatives (réelles ou perçues) à propos des soins chiropratiques. De façon similaire, dans notre contexte d'étude, la connaissance de

l'autre, notamment la connaissance du champ de pratique, influence le développement de la confiance. Toutefois, contrairement à l'étude de Mior et collaborateurs (2010), ce sont principalement des expériences positives rapportées par le patient qui influencent favorablement le médecin.

L'expérience personnelle de consultation en ostéopathie va également favoriser la confiance du médecin. Les expériences positives véhiculées par le patient, élément documenté comme très important dans le développement de la confiance entre médecins et ostéopathes, sont représentées par une large flèche allant de l'ostéopathe, au patient puis au médecin. Pour leur part, l'expérience personnelle de consultation en ostéopathie et la connaissance du rôle de l'ostéopathe ont été documentées comme des facteurs favorisant les références en ostéopathie et sont représentées sur la ligne des catalyseurs de la CIP.

7.2 Forces et limites

Cette étude a permis d'explorer, pour une première fois, le phénomène complexe et nouveau de CIP entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec. Grâce au devis mixte séquentiel explicatif utilisé, une compréhension en profondeur des différents aspects de cette CIP a été atteinte. Les procédures d'échantillonnage, de collecte, d'analyse et d'intégration des données ont été implantées en tenant compte des critères de rigueur et de validité dans chacune des phases. Les choix méthodologiques ont permis, entre autres, la triangulation des sources (médecins de famille, pédiatres et ostéopathes), la triangulation des méthodes de collecte (quantitatives et qualitatives), une démarche itérative d'analyse et l'atteinte de la saturation des thèmes en regard des facteurs facilitants et des barrières à la CIP.

La force principale de la phase quantitative est le processus de développement et de validation des questionnaires en trois étapes rigoureuses (Campanelli, 2008) impliquant des experts de contenu et de développement de questionnaires ainsi que des médecins de famille, des pédiatres et des ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique. La distribution des questionnaires à une large population visait à établir un premier portrait provincial du phénomène. Finalement, l'inclusion d'une grille documentant les références réelles sur une période de deux semaines, leur provenance et les échanges effectués par la

suite a permis de trianguler les informations concernant les références et les interactions recueillies dans les questionnaires.

Plusieurs actions et décisions ont également favorisé la qualité et la validité des inférences et méta-inférence spécifiquement liées à la mixité des méthodes quantitatives et qualitatives (Onwuegbuzie & Johnson, 2006; Tashakkori & Teddlie, 2008). D'abord, toutes les options quant aux résultats quantitatifs à explorer qualitativement ont été considérées, discutées et soupesées lors du choix des participants pour les entrevues afin que la phase qualitative soit véritablement bâtie sur les résultats de la phase quantitative (Creswell et al., 2011). La phase qualitative a donc permis d'expliquer les résultats inattendus, extrêmes, significatifs ou non significatifs de la phase quantitative. L'échantillonnage par choix raisonné a été effectué de façon itérative jusqu'à saturation des thèmes. De plus, une interaction entre les deux phases a été réalisée afin d'augmenter la validité des conclusions issues de la combinaison des méthodes (Ivankova, 2014; Onwuegbuzie & Johnson, 2006). En effet, l'analyse en continu des données provenant des entretiens individuels a suscité des analyses statistiques complémentaires des données quantitatives afin de confirmer ou infirmer les conclusions qualitatives émergentes. Les résultats des analyses statistiques supplémentaires ont, à leur tour, suggéré de nouvelles questions et sous-questions à ajouter lors des entretiens. Par le processus itératif entre le quantitatif et qualitatif, un troisième point de vue a été créé offrant une vision globale qui va au-delà des résultats de chaque méthode (Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Les conclusions sur les facteurs facilitants et les obstacles à la CIP sont soutenues par des verbatim et des statistiques descriptives et les méta-inférences de l'étude ont été comparées avec le modèle collaboratif de prestation et d'accès direct aux soins musculo-squelettiques en première ligne de Mior et collaborateurs (2010). Finalement, en plus du codage indépendant des données qualitatives de cinq entretiens par deux des membres de l'équipe de recherche, un pair externe (membre du comité d'encadrement) a été consulté pour augmenter légitimation (ou validité) des interprétations de méta-inférence.

Parmi les limites de l'étude, on retrouve un biais de réponse potentiel lié au taux modeste de participation des médecins au volet quantitatif, et ce, malgré la mise en place de mesures documentées comme étant les plus efficaces pour le maximiser. Le taux de réponse obtenu

des médecins est toutefois similaire à d'autres études ayant eu recours à ce type de participants (Cho et al., 2013). De plus, le taux élevé de médecins ayant mentionné avoir consulté personnellement en ostéopathie peut avoir créé une surreprésentation de médecins favorables à l'ostéopathie; ce qui peut limiter la généralisation des résultats quantitatifs à l'ensemble de médecins impliqués auprès de la clientèle pédiatrique. L'ajout d'entretiens individuels réalisés auprès d'un échantillonnage sélectionné par choix raisonné incluant, entre autres, des médecins peu ou non favorables et n'ayant jamais consulté en ostéopathie permet de diminuer en partie le biais favorable dans les conclusions intégratives de l'étude. Le taux de participation plus élevé des ostéopathes, la triangulation des sources et la variété des méthodes de collecte (incluant la grille documentant les références réelles en ostéopathie sur une période de deux semaines) contribuent également à nuancer le biais de réponse possible. Finalement, lors des analyses qualitatives, l'ensemble des commentaires favorables ou non à la collaboration médecins/ostéopathes recueillis dans les questionnaires ont été ajouté au contenu des entretiens individuels et considéré dans le processus d'analyse thématique. L'analyse thématique de ces différentes sources a ainsi permis de couvrir un large spectre d'expériences et d'opinions et d'enrichir la compréhension du phénomène.

Un biais de sélection est également possible en lien avec l'utilisation de la banque de données *Scott MD Select* et de la liste des ostéopathes membres d'Ostéopathie Québec pouvant ne pas être complètes en regard des médecins et des ostéopathes québécois pratiquant auprès de la clientèle pédiatrique. Cependant, ces bases de données présentent l'avantage d'être disponibles à des fins de recherche. Un biais de désirabilité sociale a pu être présent lors des entretiens individuels. Pour contrer ce biais, les participants étaient informés de l'absence de bonnes ou mauvaises réponses, de l'importance de répondre aussi près que possible de leur réalité et du caractère confidentiel des données.

Les biais de codage et d'analyse sont également possibles. Pour réduire l'influence de ces biais, toutes les données ont été considérées lors des analyses et des interprétations incluant l'ensemble des commentaires libres recueillis sur les questionnaires. De plus, le co-codage du contenu de cinq entretiens par deux membres de l'équipe de recherche et les discussions

d'équipe ont fréquemment été effectués afin de réduire au minimum le risque d'interprétations préconçues.

Les effets possibles du chercheur sur le site et du site sur le chercheur, décrits par Huberman et collaborateurs (2014), ont également été considérés. La formation antérieure de l'étudiante-chercheuse en ergothérapie et ostéopathie a été divulguée à tous les participants aux entretiens et une attention particulière a été portée à ne pas diriger la discussion dans une direction particulière. Un retour en équipe sur les trois premiers entretiens a permis d'ajuster l'implication de la chercheuse afin de minimiser son impact. La formation antérieure de l'étudiante-chercheuse a pu toutefois influencer certains participants mais a également pu contribuer à l'approfondissement pertinent des réponses en lien avec le contexte spécifique de CIP entre médecins et ostéopathes. Les intentions et objectifs de l'étude ont été clairement énoncés avant chacun des entretiens afin de minimiser cet effet du chercheur sur les participants. Enfin, plusieurs choix méthodologiques ont contribué à diminuer l'effet du site sur le chercheur notamment, la triangulation des méthodes de collecte, l'inclusion de profils variés et extrêmes dans l'échantillonnage qualitatif, l'utilisation de notes de terrain et d'un journal du chercheur ainsi que les discussions avec l'équipe de recherche et les membres du comité d'encadrement.

7.3 Retombées de l'étude

Cette étude est à notre connaissance la première à documenter la CIP entre les médecins et les ostéopathes au Québec. De plus, elle est également la première à s'intéresser spécifiquement à la clientèle pédiatrique pour cette dyade de collaborateurs. Les retombées cliniques, administratives et pédagogiques sont discutées, suivies des retombées pour la recherche.

7.3.1 Retombées cliniques, administratives et pédagogiques

Cette étude offre une description détaillée du phénomène de CIP entre les médecins et les ostéopathes tel qu'expérimenté en clinique par ces deux types de praticiens. Au niveau clinique, les résultats de l'étude soulignent l'importance d'encourager les parents à discuter

de leurs expériences en ostéopathie avec le médecin de leur enfant. En effet, la répétition de résultats positifs rapportés par les parents est un des plus grands facteurs stimulant l'intérêt et influençant le développement de la CIP entre les médecins et les ostéopathes. Les résultats suggèrent également aux médecins et ostéopathes qui reçoivent une référence écrite la pertinence de produire une courte réponse ciblant, entre autres, les résultats objectifs obtenus dans l'évolution du patient. Ce type d'échange d'informations et d'interactions bidirectionnelles a un impact important sur le développement de connaissances sur le rôle de l'autre, sur l'établissement d'une relation professionnelle et sur le sentiment de respect mutuel. Le respect du champ de pratique, pour sa part, est un élément qui devrait être au cœur de la pratique ostéopathique afin de favoriser, en tout temps, la confiance et la sécurité des soins. La présentation des nouvelles connaissances générées par l'étude lors de congrès médicaux, ostéopathiques ou des MC pourrait aider à favoriser des changements dans les pratiques actuelles et contribuer éventuellement à l'amélioration des soins. Finalement, un document présentant les bonnes réponses à la série de questions concernant les paramètres de pratique et celle sur la pertinence de l'ostéopathie pour certaines conditions de la clientèle pédiatrique (soutenue par la citation des articles scientifiques pertinents) ont été envoyés aux médecins participants du sondage désirant les recevoir (Annexe 7).

Dans la perspective de l'encadrement prochain de l'ostéopathie au Québec, les résultats de l'étude permettent d'informer les décideurs des facteurs facilitants et des barrières sur lesquels travailler afin de promouvoir la CIP spécifiquement entre les médecins et les ostéopathes. Tout d'abord, les résultats soutiennent la nécessité de compléter le processus d'encadrement de la profession d'ostéopathe en cours à l'Office des professions du Québec afin que le titre d'ostéopathe soit protégé, que la formation et les qualifications des membres soient contrôlées et que la protection du public soit assurée. Ces mesures semblent effectivement requises afin que la collaboration puisse s'étendre à plus qu'une collaboration individuelle reposant sur les caractéristiques propres à chaque médecin et chaque ostéopathe. En plus de l'encadrement, les conclusions de l'étude soulignent l'importance pour le Collège des médecins du Québec et un futur Ordre des ostéopathes d'établir des collaborations et des échanges afin de rendre les données probantes existantes

plus facilement disponibles et de discuter, lorsque pertinent, l'ostéopathie dans certains guides de pratique médicaux.

Le transfert des connaissances issues de l'étude aux responsables actuels d'écoles d'ostéopathie, à la communauté ostéopathique et aux responsables du développement en cours d'un programme universitaire en ostéopathie devrait permettre de guider l'élaboration, par exemple, d'activités d'éducation interprofessionnelle promouvant une atmosphère de confiance et de respect mutuel, une communication ouverte et efficace ainsi qu'une meilleure connaissance et une acceptation des rôles, des habiletés et des responsabilités de chacun des intervenants. Plus spécifiquement, plusieurs ateliers sur le transfert de connaissances et le développement d'habiletés communicationnelles en contexte prestation de soins de santé chez les ostéopathes a déjà été effectuées ou sont planifiées à court terme dans différentes écoles et organisations en ostéopathie ici au Québec et en France. L'annexe 8 présente les communications effectuées.

Des résultats de l'étude et des pistes d'actions pouvant favoriser la CIP entre les médecins et les ostéopathes ont déjà été diffusés auprès de plusieurs groupes cibles incluant les ostéopathes cliniciens, les médecins et pédiatres ainsi que les décideurs (Annexe 8). Cette diffusion était d'autant plus importante que le contexte légal de l'ostéopathie au Québec est en processus de changement. Dans le contexte de l'encadrement de la profession d'ostéopathe et l'entrée probable à l'Université de Sherbrooke de sa formation, l'enjeu de collaboration avec les intervenants du réseau de la santé est aux premières loges pour assurer la sécurité des soins et en améliorer la qualité et la continuité pour la clientèle pédiatrique.

7.3.2 *Retombées pour la recherche*

Les résultats et l'illustration des facteurs et processus influençant la CIP de cette étude pourront servir de base pour de futures recherches sur diverses dyades de collaborateurs issues de la médecine conventionnelle et des MC. Les résultats soulignent l'importance dans les années à venir de poursuivre la recherche clinique particulièrement sur les mécanismes d'action et l'efficacité de l'ostéopathie pour les motifs de consultation autres que musculo-squelettiques. Une autre avenue de recherche possible pourrait être de valider

l'effet d'initiatives d'activités de développement des habiletés communicationnelles ou l'introduction d'un outil de communication chez les ostéopathes. Finalement, l'évolution de la CIP entre les médecins et les ostéopathes pourrait être documentée à la suite de l'encadrement et de l'entrée de la formation en milieu universitaire pour documenter l'effet de ces changements contextuels importants.

CONCLUSION

Cette étude visait à mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes québécois impliqués auprès de la clientèle pédiatrique. Utilisant un devis mixte séquentiel explicatif, l'étude a permis d'obtenir un premier portrait provincial des pratiques de collaboration et d'explorer de façon exhaustive les facteurs facilitants et les barrières à la CIP entre ces praticiens.

Les données obtenues démontrent la présence d'une collaboration entre les médecins et les ostéopathes qui, sur le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux, réfère principalement à la pratique par consultation ou référence. Bien que la pratique en parallèle soit parfois utilisée, il semble rarement nécessaire pour cette dyade de collaborateurs de se déplacer vers une pratique de concertation nécessitant une augmentation de l'interdépendance entre les professionnels (plus à droite dans le continuum). Les efforts doivent donc prioritairement être dirigés vers les actions permettant une meilleure adéquation entre l'intention d'échanger efficacement de l'information lors de la pratique de consultation/référence et les interactions nécessaires à sa réalisation.

Dans cette optique, plusieurs pistes d'action soulevées dans notre étude pourraient être étudiées, implantées, et ensuite évaluées, afin de documenter leurs effets sur la CIP entre les médecins et les ostéopathes. Parmi ces pistes d'action se trouvent : 1) compléter le processus d'encadrement de la pratique de l'ostéopathie au Québec débuté par l'Office des professions du Québec; 2) faciliter la production et la diffusion, particulièrement dans la littérature usuelle des médecins, des données probantes sur l'efficacité de l'ostéopathie pour la clientèle pédiatrique; 3) développer de la formation continue médicale sur l'ostéopathie; 4) envisager, dans le contexte de la création d'un programme universitaire en ostéopathie, des opportunités de formations interprofessionnelles; 5) développer, dans les curriculums de formation en ostéopathie, des activités pédagogiques visant spécifiquement le développement des habiletés communicationnelles en contexte de soins de santé; 6)

favoriser l'utilisation par les ostéopathes d'outils de communication courts et standardisés; et finalement encourager, dans la pratique clinique quotidienne, la communication entre le médecin, le parent et l'ostéopathe.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Accorsi, A., Lucci, C., Di Mattia, L., Granchelli, C., Barlafante, G., Fini, F., et al. (2014). Effect of osteopathic manipulative therapy in the attentive performance of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 114, 374-381.
- Allareddy, V., Greene, B.R., Smith, M., Haas, M., & Liao, J. (2007). Facilitators and barriers to improving interprofessional referral relationships between primary care physicians and chiropractors. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 30, 347-354.
- Amiel-Tison, C., & Soyez-Papiernik, E. (2008). Cranial osteopathy as a complementary treatment of postural plagiocephaly. *Archives de Pédiatrie : Organe Officiel de la Société Française de Pédiatrie*, 15 Suppl 1, S24-30.
- Aubin, A., Gagnon, K., & Morin, C. (2013). The seven-step palpation method: A proposal to improve palpation skills. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 17, 66-72.
- Barrett, B., Marchand, L., Scheder, J., Appelbaum, D., Plane, M.B., Blustein, J., et al. (2004). What complementary and alternative medicine practitioners say about health and health care. *Annals of Family Medicine*, 2, 253-259.
- Barrett, B., Marchand, L., Scheder, J., Plane, M.B., Maberry, R., Appelbaum, D., et al. (2003). Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, 937-947.
- Ben-Arye, E., Scharf, M., & Frenkel, M. (2007). How should complementary practitioners and physicians communicate? A cross-sectional study from Israel. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, 565-571.
- Ben-Arye, E., Traube, Z., Schachter, L., Haimi, M., Levy, M., Schiff, E., et al. (2011). Integrative pediatric care: parents' attitudes toward communication of physicians and CAM practitioners. *Pediatrics*, 127, e84-95.
- Benedict, S.L. (2007). How practitioners do and don't communicate, part I. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 6, 52-57.
- Boon, & Kachan, N. (2008). Integrative medicine: a tale of two clinics. *BMC Complementary And Alternative Medicine*, 8, 32-6882-6888-6832.

Boon, Mior, S.A., Barnsley, J., Ashbury, F.D., & Haig, R. (2009). The difference between integration and collaboration in patient care: results from key informant interviews working in multiprofessional health care teams. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 32, 715-722.

Boon, Verhoef, M., O'Hara, D., & Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4, 15.

Breen, A., Carrington, M., Collier, R., & Vogel, S. (2000). Communication between general and manipulative practitioners: a survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 8, 8-14.

Campanelli, P. (2008). Chapter 10: Testing Survey Questions In H.J. Leeuw ED, Dillman DA. (Ed.), *International Handbook of Survey Methodology*. (p. 177). New York: Lawrence Erlbaum Associates: 176-200.

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Bernier, J., & Maziade, J. (2011). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (rcpi). DOI: http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/continuum_2012-2013.pdf; [dernière consultation le 15 décembre 2016].

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., et al. (2014a). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif.: Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). DOI: http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils_2015/GuideExplicatif_CONTINUUM_v15_web_1_.pdf, [dernière consultation le 15 décembre 2016].

Careau, E., Briere, N., Houle, N., Dumont, S., Vincent, C., & Swaine, B. (2014b). Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and Rehabilitation*, 1-7.

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

Cerritelli, F., Pizzolorusso, G., Ciardelli, F., La Mola, E., Cozzolino, V., Renzetti, C., et al. (2013). Effect of osteopathic manipulative treatment on length of stay in a population of preterm infants: a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 13, 65-65.

Cerritelli, F., Pizzolorusso, G., Renzetti, C., Cozzolino, V., D'Orazio, M., Lupacchini, M., et al. (2015). A multicenter, randomized, controlled trial of osteopathic manipulative treatment on preterms. *PloS One*, 10, e0127370-e0127370.

Cho, Y.I., Johnson, T.P., & Vangeest, J.B. (2013). Enhancing surveys of health care professionals: a meta-analysis of techniques to improve response. *Evaluation & the Health Professions*, 36, 382-407.

Chung, V.C., Ma, P.H., Hong, L.C., & Griffiths, S.M. (2012). Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: systematic review of qualitative studies. *PloS One*, 7, e50022.

Collèges des médecins du Québec. (2015). Code de déontologie des médecins.

Coulter, I.D., & Willis, E.M. (2004). The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *The Medical Journal of Australia*, 180, 587-589.

CPIS. (2010). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Vancouver, BC: Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé.

Creswell, J.W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. CA: Thousand Oaks.

Creswell, J.W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

Creswell, J.W., Klassen, A.C., Plano Clark, V.L., & Smith, K.C. (2011). for the Office of Behavioral and Social Sciences Research. Best practices for mixed methods research in the health sciences. National Institutes of Health.

Creswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 116-131.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., Martin-Rodriguez, L.S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8.

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.

D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17, 67-94.

Degenhardt, B.F., & Kuchera, M.L. (2006). Osteopathic evaluation and manipulative treatment in reducing the morbidity of otitis media: a pilot study. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106, 327-334.

Deng, G., Weber, W., Sood, A., & Kemper, K.J. (2010). Research on integrative healthcare: context and priorities. *Explore*, 6, 143-158.

Dillman, D.A. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: the tailored design method*. Hoboken, New Jersey: Wiley.

Ducharme, D. (2011). *Élaboration d'une stratégie d'affaires électroniques pour le réseau des cliniques d'ostéopathie agréées Qualita*. Québec: Université Laval.

Duncan, B., McDonoughMeans, S., Worden, K., Schnyer, R., Andrews, J., & Meaney, F.J. (2008). Effectiveness of osteopathy in the cranial field and myofascial release versus acupuncture as complementary treatment for children with spastic cerebral palsy: a pilot study. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 108, 559-570.

Engel, R.M., Beirman, R., & Grace, S. (2016). An indication of current views of Australian general practitioners towards chiropractic and osteopathy: a cross-sectional study. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24, 37.

Esmail, N. (2007). *Complementary and Alternative Medicine in Canada: Trends in Use and Public Attitudes, 1997-2006*. Vancouver, BC: The Fraser Institute.

Esmail, N. (2017). *Complementary and Alternative Medicine: Use and Public Attitudes 1997, 2006, and 2016*. Vancouver, BC: The Fraser Institute.

Esteves, J.E., & Spence, C. (2014). Developing competence in diagnostic palpation: Perspectives from neuroscience and education. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 17, 52-60.

Fiore, F. (2013). Les «médecines douces»: un atout supplémentaire en médecine? *Médecin du Québec*, 48, 14-18.

Foster, N.E., Hartvigsen, J., & Croft, P.R. (2012). Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis Research & Therapy*, 14, 205.

Fountain-Polley, S., Kawai, G., Goldstein, A., & Ninan, T. (2007). Knowledge and exposure to complementary and alternative medicine in paediatric doctors: a questionnaire survey. *BMC Complementary And Alternative Medicine*, 7, 38.

Frenkel, M., Ben-Arye, E., Geva, H., & Klein, A. (2007). Educating CAM practitioners about integrative medicine: an approach to overcoming the communication gap with conventional health care practitioners. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 387-391.

Gaboury, I., Boon, H., Verhoef, M., Bujold, M., Lapierre, L.M., & Moher, D. (2010). Practitioners' validation of framework of team-oriented practice models in integrative health care: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 10, 289-6963-6910-6289.

Gaboury, I., Bujold, M., Boon, H., & Moher, D. (2009). Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science & Medicine*, 69, 707-715.

Gaboury, I., Johnson, N., Robin, C., Luc, M., O'Connor, D., Patenaude, J., et al. (2016). Les médecins se considèrent-ils en mesure de répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec? *Canadian Family Physician*, 62, e767-771.

Gaboury, I., & Morin, C. (2017). Scientific production on the efficacy of osteopathy: a bibliometrics analysis from 1980 to 2016. World Congress Integrative Medicine & Health 2017. Berlin, Allemagne: BMC Complementary and Alternative Medicine.

Garner, M.J., Birmingham, M., Aker, P., Moher, D., Balon, J., Keenan, D., et al. (2008). Developing integrative primary healthcare delivery: adding a chiropractor to the team. *Explore*, 4, 18-24.

Gieteling, M.J., Lisman-van Leeuwen, Y., van der Wouden, J.C., Schellevis, F.G., & Berger, M.Y. (2011). Childhood nonspecific abdominal pain in family practice: incidence, associated factors, and management. *Annals of Family Medicine*, 9, 337-343.

Gilmour, J., Harrison, C., Asadi, L., Cohen, M.H., & Vohra, S. (2011). Referrals and shared or collaborative care: managing relationships with complementary and alternative medicine practitioners. *Pediatrics*, 128 Suppl 4, S181-186.

Gray, B., & Orrock, P. (2014). Investigation into factors influencing roles, relationships, and referrals in integrative medicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20, 342-346.

Greene, B.R., Smith, M., Allareddy, V., & Haas, M. (2006). Referral patterns and attitudes of primary care physicians towards chiropractors. *BMC Complementary And Alternative Medicine*, 6, 5.

Gruber, M., Ben-Arye, E., Kerem, N., & Cohen-Kerem, R. (2014). Use of complementary alternative medicine in pediatric otolaryngology patients: a survey. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 78, 248-252.

Guiney, P.A., Chou, R., Vianna, A., & Lovenheim, J. (2005). Effects of osteopathic manipulative treatment on pediatric patients with asthma: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 105, 7-12.

Hachem, N.E.H., Mohamad (2012). Nouvelle technique passive d'ouverture de la trompe d'Eustache. Évaluation par tympanométrie de l'effet d'une nouvelle manipulation sur l'ouverture de la trompe d'Eustache chez les enfants de moins de six ans atteints d'une otite moyenne avec ou sans effusion. *Kinesithérapie Revue*, 25-33.

Haiden, N., Pimpel, B., Kreissl, A., Jilma, B., & Berger, A. (2015). Does visceral osteopathic treatment accelerate meconium passage in very low birth weight infants?- A prospective randomized controlled trial. *PloS One*, 10, e0123530-e0123530.

Hansen, K., & Kappel, K. (2012). Pre-trial beliefs in complementary and alternative medicine: whose pre-trial belief should be considered? *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 15, 15-21.

Hayden, C., & Mullinger, B. (2006). A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12, 83-90.

Hayes, N.M., & Bezilla, T.A. (2006). Incidence of iatrogenesis associated with osteopathic manipulative treatment of pediatric patients. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106, 605-608.

Hayward, C., & Willcock, S. (2015). General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. *Primary Health Care Research & Development*, 16, 304-308.

Henneman, E.A., Lee, J.L., & Cohen, J.I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103-109.

Herman, P.M., Poindexter, B.L., Witt, C.M., & Eisenberg, D.M. (2012). Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*, 2, 10.1136/bmjopen-2012-001046. Print 002012.

Herzhaft-Le Roy, J., Xhignesse, M., & Gaboury, I. (2016). Efficacy of an osteopathic treatment coupled with lactation consultations for infants' biomachanical sucking difficulties. *Journal of Human Lactation*, 1.

Hollenberg, D. (2006). Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine*, 62, 731-744.

Hollenberg, D. (2007). How do private CAM therapies affect integrative health care setting in a publicly funded health care system? *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 4.

Hough, N., Nicholls, B., & Kiatos, J. (2003). A study of physiotherapists' and chiropractors' knowledge and opinion of osteopaths. Melbourne, Australia: Victoria University.

Hsu, C., Bluespruce, J., Sherman, K., & Cherkin, D. (2010). Unanticipated benefits of CAM therapies for back pain: an exploration of patient experiences. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16, 157-163.

Huberman, A.M., & Miles, M.B. (2003). Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles: De Boeck.

Ivankova, N.V. (2014). Implementing Quality Criteria in Designing and Conducting a Sequential QUAN - QUAL Mixed Methods Study of Student Engagement With Learning Applied Research Methods Online. *Journal of Mixed Methods Research*, 8, 25-50.

Iyioha, I. (2011). Law's Dilemma: Validating Complementary and Alternative Medicine and the Clash of Evidential Paradigms. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*, 2011, 10.1155/2011/389518. Epub 382010 Sep 389521.

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, 246-253.

Jean, D., & Cyr, C. (2007). Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic. *Pediatrics*, 120, e138-141.

Jong, M.C., van Vliet, M., Huttenhuis, S., van der Veer, D., & van den Heijkant, S. (2012). Attitudes toward integrative paediatrics: a national survey among youth health care physicians in The Netherlands. *BMC Complementary And Alternative Medicine*, 12, 4-6882-6812-6884.

Kailin, D.C. (2001). Initial strategies, Integrating complementary medicine into health systems. In F. In N (Ed.). Gaithersberg: Aspen Publication.

Keshet, Y., Ben-Arye, E., & Schiff, E. (2013). The use of boundary objects to enhance interprofessional collaboration: integrating complementary medicine in a hospital setting. *Sociology of Health & Illness*, 35, 666-681.

Kier, A., George, M., & McCarthy, P.W. (2013). Survey based investigation into general practitioner referral patterns for spinal manipulative therapy. *Chiropractic & Manual Therapies*, 21, 16.

King, S., Chambers, C.T., Huguet, A., MacNevin, R.C., McGrath, P.J., Parker, L., et al. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*, 152, 2729-2738.

Klabunde, C.N., Willis, G.B., & Casalino, L.P. (2013). Facilitators and barriers to survey participation by physicians: a call to action for researchers. *Evaluation & the Health Professions*, 36, 279-295.

Klimenko, E., & Julliard, K. (2007). Communication between CAM and mainstream medicine: Delphi panel perspectives. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13, 46-52.

Kotzampaltiris, P.V., Chou, K.J., Wall, S.P., & Crain, E.F. (2009). The cranial rhythmic impulse and excessive crying of infancy. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 341-345.

Kundu, A., Tassone, R.F., Jimenez, N., Seidel, K., Valentine, J.K., & Pagel, P.S. (2011). Attitudes, patterns of recommendation, and communication of pediatric providers about complementary and alternative medicine in a large metropolitan children's hospital. *Clinical Pediatrics*, 50, 153-158.

Kvale, S. (2009). *InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Leach, C.M., Mandy, A., Hankins, M., Bottomley, L.M., Cross, V., Fawkes, C.A., et al. (2013). Patients' expectations of private osteopathic care in the UK: a national survey of patients. *BMC Complementary And Alternative Medicine*, 13, 122-6882-6813-6122.

Lemieux-Charles, L., & McGuire, W.L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review : MCRR*, 63, 263-300.

Lessard, S., Gagnon, I., & Trottier, N. (2011). Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17, 193-198.

Lim, E.J., Vardy, J.L., Oh, B.S., & Dhillon, H.M. (2017). A Scoping Review on Models of Integrative Medicine: What Is Known from the Existing Literature? *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 23, 8-17.

Lund, G., & Carreiro, J.E. (2010). Characteristics of pediatric patients seen in medical school-based osteopathic manipulative medicine clinics. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 110, 376-380.

Mainous, A.G., 3rd, Gill, J.M., Zoller, J.S., & Wolman, M.G. (2000). Fragmentation of patient care between chiropractors and family physicians. *Archives of Family Medicine*, 9, 446-450.

McGivern, G., Fischer, M., Palaima, T., Spendlove, Z., Thomson, O., & Waring, J. (2015). Exploring and explaining the dynamics of osteopathic regulation, professionalism and compliance with standards in practice. Report to the General Osteopathic Council. London.

Miles, M.B., Huberman, A.M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis*. Los Angeles: SAGE Publications Inc.

Mills, M.V., Henley, C.E., Barnes, L.L., Carreiro, J.E., & Degenhardt, B.F. (2003). The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 861-866.

Mior, S., Barnsley, J., Boon, H., Ashbury, F.D., & Haig, R. (2010). Designing a framework for the delivery of collaborative musculoskeletal care involving chiropractors and physicians in community-based primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 678-689.

Monaco, A., Cozzolino, V., Cattaneo, R., Cutilli, T., & Spadaro, A. (2008). Osteopathic manipulative treatment (OMT) effects on mandibular kinetics: kinesigraphic study. *European journal of Paediatric Dentistry : Official Journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 9, 37-42.

Morgan, D.L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained: methodological implication of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 48-76.

Morin, C., & Aubin, A. (2014). Primary reasons for osteopathic consultation: a prospective survey in Quebec. *PloS One*, 9, e106259.

Morin, C., Dorion, D., Moutquin, J.M., & Levasseur, M. (2012). Suture restriction of the temporal bone as a risk factor for acute otitis media in children: cohort study. *BMC Pediatrics*, 12, 181-2431-2412-2181.

Mulkins, A.L., Eng, J., & Verhoef, M.J. (2005). Working towards a model of integrative health care: critical elements for an effective team. *Complementary Therapies in Medicine*, 13, 115-122.

Nemett, D.R., Fivush, B.A., Mathews, R., Camirand, N., Eldridge, M.A., Finney, K., et al. (2008). A randomized controlled trial of the effectiveness of osteopathy-based manual physical therapy in treating pediatric dysfunctional voiding. *Journal of Pediatric Urology*, 4, 100-106.

Ning, A.M. (2013). How 'alternative' is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine. *Health*, 17, 135-158.

Oandasan, I., Baker, G.R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., et al. (2006). *Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Office des professions du Québec. (2014). Encadrement de la pratique de l'ostéopathie. DOI:
http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Actualites/2014/2014_12_17_encadrement_osteopathie_02.pdf [dernière consultation le 7 avril 2016].

Office des professions du Québec. (2016). Encadrement de la pratique de l'ostéopathie. DOI:
http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Actualites/2016/2016_01_14_CommunicationsOstéopathie.pdf [dernière consultation le 7 avril 2016].

Onwuegbuzie, J., & Johnson, R.B. (2006). The validity Issue in Mixed Research. *Research in the Schools*, 13, 48-63.

Orrock, P.J. (2009). Profile of members of the Australian Osteopathic Association: Part 2 - The patients. *International Journal of Osteopathic Medicine* 12, 128-139.

Penney, L.S., Ritenbaugh, C., Elder, C., Schneider, J., Deyo, R.A., & DeBar, L.L. (2016). Primary care physicians, acupuncture and chiropractic clinicians, and chronic pain patients: a qualitative analysis of communication and care coordination patterns. *BMC Complementary & Alternative Medicine*, 16, 30.

Perreault, K., & Careau, E. (2012). Interprofessional collaboration: one or multiple realities? *Journal of Interprofessional Care*, 26, 256-258.

Perreault, K., Dionne, C.E., Rossignol, M., & Morin, D. (2014). Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Quebec's private sector: results of a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15, 160.

Peters, D. (2013). Integrating Complementary Medicine in Primary Health Care as a Response to Contemporary Challenges: A Focus upon Effectiveness Gaps and Self-Care. In J. Adams, P. Magin, & A. Broom (Eds.), *Primary Health Care and Complementary and Integrative Medicine: Practice and Research* pp. 157-179). London: Imperial College Press.

Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45, 73-82.

Philippi, H., Faldum, A., Schleupen, A., Pabst, B., Jung, T., Bergmann, H., et al. (2006). Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: a randomized therapeutic trial. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48, 5-9; discussion 4.

Pizzolorusso, G., Turi, P., Barlafante, G., Cerritelli, F., Renzetti, C., Cozzolino, V., et al. (2011). Effect of osteopathic manipulative treatment on gastrointestinal function and length of stay of preterm infants: an exploratory study. *Chiropractic & Manual Therapies*, 19, 15-709X-719-715.

Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.

Rask, C.U., Ornbol, E., Fink, P.K., & Skovgaard, A.M. (2013). Functional somatic symptoms and consultation patterns in 5- to 7-year-olds. *Pediatrics*, 132, e459-467.

Robinson, N., Blair, M., Lorenc, A., Gully, N., Fox, P., & Mitchell, K. (2008). Complementary medicine use in multi-ethnic paediatric outpatients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14, 17-24.

Sackett, S., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 132-147.

Satin, D.G. (1994). A Conceptual Framework for Working Relationships Among Disciplines and the Place of Interdisciplinary Education and Practice *Gerontology & Geriatrics Education*, 14, 3-24.

Schiff, E., Frenkel, M., Shilo, M., Levy, M., Schachter, L., Freifeld, Y., et al. (2011). Bridging the physician and CAM practitioner communication gap: suggested framework for communication between physicians and CAM practitioners based on a cross professional survey from Israel. *Patient Education and Counseling*, 85, 188-193.

Sergueef, N., Nelson, K.E., & Glonek, T. (2006). Palpatory diagnosis of plagiocephaly. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12, 101-110.

Soklaridis, S., Kelner, M., Love, R.L., & Cassidy, J.D. (2009). Integrative health care in a hospital setting: communication patterns between CAM and biomedical practitioners. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 655-667.

Steele, K.M., Carreiro, J.E., Viola, J.H., Conte, J.A., & Ridpath, L.C. (2014). Effect of osteopathic manipulative treatment on middle ear effusion following acute otitis media in young children: a pilot study. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 114, 436-447.

Sundberg, T., Hok, J., Finer, D., Arman, M., Swartz, J., & Falkenberg, T. (2013). Evidence-informed integrative care systems—The way forward *European Journal of Integrative Medicine*.

Tarsuslu, T., Bol, H., Simşek, I.E., Toylan, I.E., & Cam, S. (2009). The effects of osteopathic treatment on constipation in children with cerebral palsy: a pilot study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32, 648-653.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2008). Quality inferences in mixed methods research. In M. Bergman (Ed.), *Advances in Mixed Methods Research: Theories and Applications* pp. 101-119). London: Sage.

Tataryn, D., & Verhoef, M. (2001). Combining conventional, complementary, and alternative health care: a vision of integration perspectives on complementary and alternative health care. pp. 87-109). Ottawa: Health Canada.

Theberge, N. (2008). The integration of chiropractors into healthcare teams: a case study from sport medicine. *Sociology of Health & Illness*, 30, 19-34.

Torres-Llenza, V., Bhogal, S., Davis, M., & Ducharme, F. (2010). Use of complementary and alternative medicine in children with asthma. *Canadian Respiratory Journal*, 17, 183-187.

Toupin-April, K., Feldman, D.E., Zunzunegui, M.V., Descarreaux, M., & Grilli, L. (2009). Complementary and alternative health care use in young children with physical disabilities waiting for rehabilitation services in Canada. *Disability and Rehabilitation*, 31, 2111-2117.

Van Haselen, R.A., Reiber, U., Nickel, I., Jakob, A., & Fisher, P.A. (2004). Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers' perspective. *Complementary Therapies in Medicine*, 12, 6-16.

Verhoef, M., Koithan, M., Bell, I.R., Ives, J., & Jonas, W. (2012). Whole complementary and alternative medical systems and complexity: creating collaborative relationships. *Forschende Komplementarmedizin*, 19 Suppl 1, 3-6.

Vlieger, A.M., van Vliet, M., & Jong, M.C. (2011). Attitudes toward complementary and alternative medicine: a national survey among paediatricians in the Netherlands. *European Journal of Pediatrics*, 170, 619-624.

Walach, H., Falkenberg, T., Fonnebo, V., Lewith, G., & Jonas, W.B. (2006). Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 29.

Wardle, J.L., Sibbritt, D.W., & Adams, J. (2013). Referrals to chiropractors and osteopaths: a survey of general practitioners in rural and regional New South Wales, Australia. *Chiropractic & Manual Therapies*, 21, 5-709X-721-705.

Williams, N., Wilkinson, C., Stott, N., & Menkes, D.B. (2008). Functional illness in primary care: dysfunction versus disease. *BMC Family Practice*, 9, 30-2296-2299-2230.

Willumsen, E., Ahgren, B., & Odegard, A. (2012). A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 198-204.

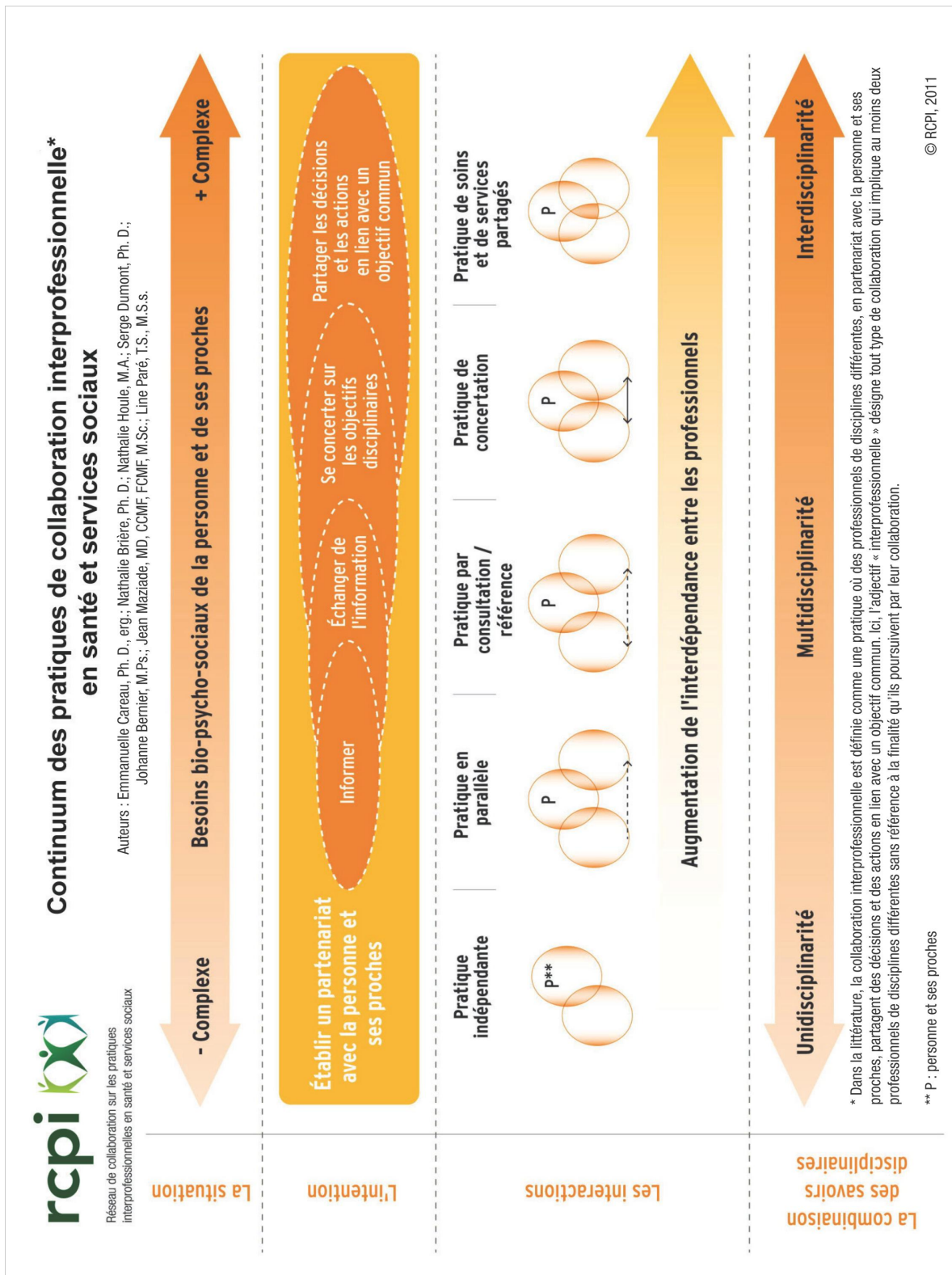
World Health Organization. (2010a). Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: Benchmarks for training in osteopathy. Geneva: Switzerland: WHO Press.

World Health Organization. (2010b). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva, Switzerland: WHO Press.

Wotruba, S. (2010). The level of knowledge about osteopathy among medical doctors in private practice in the rural and small-town Weinviertel region. Krems, Austria: Danube University.

ANNEXES

ANNEXE 1
CONTINUUM DES PRATIQUES DE COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX



ANNEXE 2
QUESTIONNAIRE MÉDECINS

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Isabelle Gaboury, Ph.D.
Johanne Desrosiers, erg., PhD
Chantal Morin, erg., DO, PhD (c), Programme des sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke.

Ce sondage fait partie d'une étude intitulée « La collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique ». Dans le contexte d'encadrement de la profession d'ostéopathe présentement en cours à l'Office des professions du Québec, nous cherchons à documenter ce qui existe comme collaboration entre les médecins et les ostéopathes pour la clientèle pédiatrique pour laquelle le nombre de consultations en ostéopathie est en constante augmentation. Ce questionnaire prendra environ 10 minutes de votre temps.

Merci de votre précieuse collaboration et de votre temps.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ :

En complétant ce sondage et en le retournant dans l'enveloppe préaffranchie, vous donnez votre consentement libre et éclairé en terme de votre participation à cette étude. Les questionnaires sont anonymes et en aucun cas votre identité ne pourra être révélée. Vos réponses seront inclusées dans des résultats de groupe.

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).



--- SONDAGE SUR LA ---

COLLABORATION MÉDECINS-OSTÉOPATHES

--- POUR LA CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE ---

POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS
SUR L'ÉTUDE, CONTACTEZ:

Chantal Morin, erg., DO, PhD (c)
Faculté de médecine
et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke



819.820.6868 poste 14288



chantal.morin@usherbrooke.ca



OSTÉOPATHIE AU QUÉBEC

Actuellement au Québec, un ostéopathe :

- A un titre protégé Vrai Faux
- A une formation équivalente à un diplôme d'études collégiales Vrai Faux
- A une formation équivalente à un baccalauréat Vrai Faux
- A une formation équivalente à une maîtrise professionnelle Vrai Faux
- Travaille seulement avec ses mains Vrai Faux
- Est obligatoirement un physiothérapeute Vrai Faux
- Examine et intervient uniquement sur la colonne vertébrale Vrai Faux
- Examine et intervient sur l'ensemble des tissus du corps Vrai Faux
- Possède des connaissances approfondies en anatomie, en physiologie et en pathologie Vrai Faux
- Deviat répondre aux standards de formation en ostéopathie publiés par l'OMS Vrai Faux

Pour quelles situations cliniques de pédiatrie estimez-vous que l'intervention d'un ostéopathe est pertinente :

- Pour vérifier si l'accouchement a créé des tensions dans le corps du bébé Oui Non
- Pour accélérer le processus de guérison d'une fracture Oui Non
- Pour évaluer des douleurs abdominales aiguës, récentes et invalidantes Oui Non
- Pour de la prévention au sens large Oui Non
- Pour une douleur causée par une otite chez l'enfant de plus de 6 mois Oui Non
- Pour un torticolis pouvant être accompagné d'une déformation crânienne d'origine postionnelle Oui Non

Pour des réingratiations abondantes avec perte de poids

- Oui Non

Pour une douleur musculosquelettique

- Oui Non

Pour une intervention de première ligne, sans diagnostic médical, concernant un trouble fonctionnel (exemples : pied pointé, omé vers l'intérieur, maux de tête)

- Oui Non

Pour des coliques

- Oui Non

Quelles sont vos sources d'information en lien avec l'ostéopathie? (Cochez un ou plusieurs choix) :

- Un ou des ostéopathes Articles scientifiques
- Autres médecins Recherche personnelle/Internet
- Patient (ou parents de jeunes patients) Aucune
- Formation continue

À la suite d'une consultation en ostéopathie, avez-vous des patients qui vous ont rapporté :

- des expériences positives Oui Non
- aucuns changements Oui Non
- des expériences négatives Oui Non

RELATION ET COLLABORATION INTERPERSONNELLE

Avez-vous une relation professionnelle avec un ostéopathe par exemple pour référer ou pour recevoir des références ou pour partager de l'information concernant un patient?

- Oui Non

Si oui, quel est le mode de communication privilégié? (cochez un seul choix)

- Lettre En personne
- Verbal au patient (parent du patient) Courriel
- Téléphone Télécopieur

Au cours d'un mois typique, combien de fois avez-vous référé un enfant en ostéopathie?

- 0 4-5
- 1 plus de 5
- 2-3 Ne réfère jamais

De façon générale, référez-vous par écrit à l'ostéopathe?

- Oui Non

Pourquoi :

Nommez deux problèmes cliniques pour lesquels vous avez déjà référé un enfant à un ostéopathe?

À votre avis, dans un cas clinique pour lequel l'intervention d'un médecin et d'un ostéopathe est effectuée conjointement, un échange écrit ou verbal est-il nécessaire entre le médecin et l'ostéopathe?

- Oui Non

Si oui, qui devrait initier l'échange?

- Le parent Le médecin ou l'ostéopathe selon le cas clinique
- Le médecin L'ostéopathe

La présence d'un ostéopathe dans votre réseau de collaborateurs est :

- Pas importante Importante
- Peu importante Très importante

Dans quelle mesure l'encadrement de l'ostéopathie par l'Office des professions du Québec et la création d'un programme universitaire modifieront-ils votre opinion de l'ostéopathie?

- Pas du tout Modérément
- Un peu Considérablement

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Vous êtes :

- Homme Femme

Votre profession :

- Médecin de famille Pédiatre
- Autre :

Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine?

- 0-4 ans 15-20 ans
- 5-9 ans 21 ans et plus
- 10-14 ans

Vous travaillez dans (Cochez un ou plusieurs choix) :

- Hôpital GMF
- Pratique solo UMF
- Pratique de groupe Centre de réadaptation
- CLSC Autre :

Nombre moyen de patients âgés de 0 à 18 ans par semaine :

Avez-vous déjà personnellement consulté un ostéopathe?

- Oui Non

Avez-vous d'autres commentaires sur l'ostéopathie?

MERCI DE RETOURNER LE QUESTIONNAIRE DANS L'ENVELOPPE PRÉAFFRANCHIE CI-JOINTE.

*Organisation Mondiale de la Santé



PARTICIPATION À LA PHASE SUIVANTE DE L'ÉTUDE

Êtes-vous intéressé à participer à une entrevue en personne sur vos expériences de collaboration ou de non-collaboration avec des ostéopathes pour la clientèle pédiatriques?

Oui Non

Les renseignements ci-dessous seront conservés uniquement pour le recrutement de la phase d'entrevues.

Votre nom

Meilleur moyen de vous joindre



COMPLÉMENT D'INFORMATION SUR L'OSTÉOPATHIE AU QUÉBEC

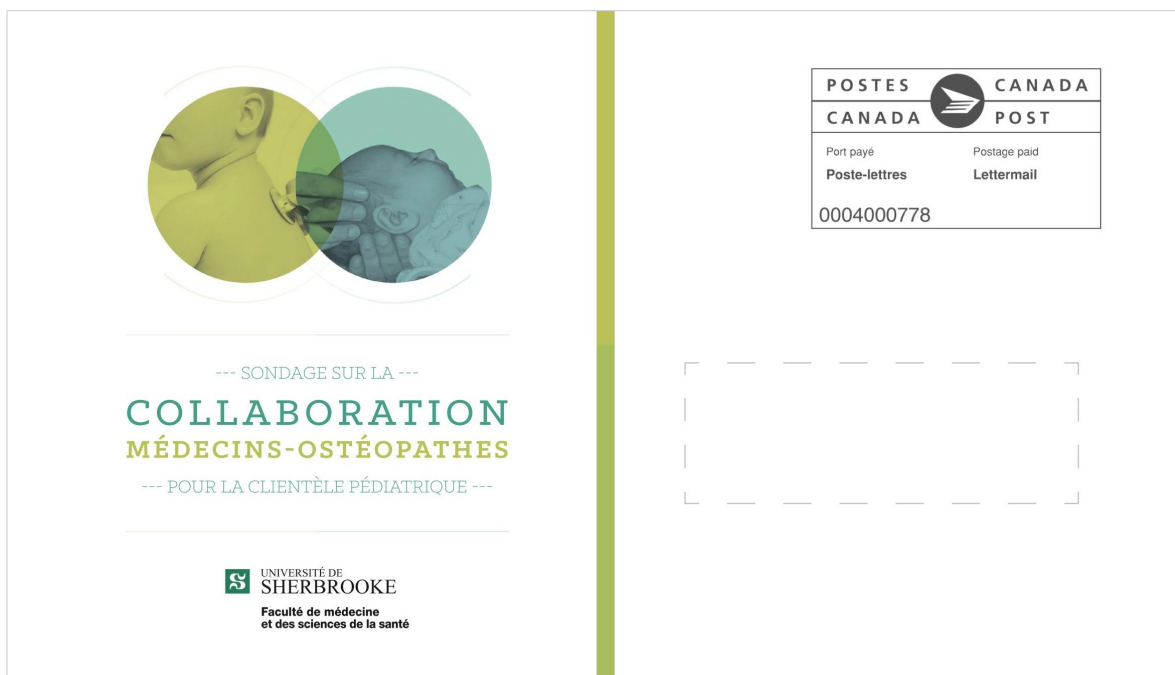
Désirez-vous recevoir un complément d'information incluant les réponses aux deux premières questions du sondage concernant l'ostéopathie au Québec?

Oui Non

Adresse courriel

À RETOURNER DANS L'ENVELOPPE
PRÉAFFRANCHIE AVEC LE QUESTIONNAIRE.





Octobre 2014

Vous avez reçu dans les dernières semaines un sondage portant sur la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique (0-18 ans) au Québec.

Si vous avez déjà complété et retourné le sondage, nous vous en remercions. Dans le cas contraire, nous vous invitons à le faire dès aujourd'hui. Votre collaboration nous est très précieuse et nous vous remercions pour le temps que vous y consacrez.

Si vous n'avez pas reçu le sondage, ou s'il a été égaré, svp écrivez-nous à l'adresse suivante chantal.morin@usherbrooke.ca et il nous fera plaisir de vous en faire parvenir un.

Pre Isabelle Gaboury, PhD
Professeure adjointe,
Département de médecine de famille
Faculté de médecine
et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Chantal Morin, erg, DO, MSc
Candidate au doctorat
Faculté de médecine
et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

ANNEXE 3
QUESTIONNAIRE OSTÉOPATHES

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Isabelle Gaboury, PhD,
Johanne Desrosiers, erg., PhD
Chantal Morin, erg. DO, PhD (c), Programme des
sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke.

Ce sondage fait partie d'une étude intitulée
«La collaboration interprofessionnelle entre
les médecins et les ostéopathes impliqués
auprès de la clientèle pédiatrique».

Dans le contexte d'encadrement de la profession
d'ostéopathe présentement en cours à l'Office
des professions du Québec, nous cherchons
à documenter ce qui existe comme
collaboration entre les médecins et les ostéopathes
pour la clientèle pédiatrique pour laquelle
le nombre de consultations en ostéopathie
est en constante augmentation. Nous vous
serions reconnaissantes de prendre 5 à 7 minutes
de votre temps pour répondre au questionnaire
et 5 minutes par semaine pour remplir la grille
ci-jointe concernant les nouveaux patients âgés
entre 0 à 18 ans vus en ostéopathie pour
une période de deux semaines.

Merci de votre précieuse collaboration
et de votre temps.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ :

En complétant ce sondage et en le
retournant dans l'enveloppe préaffranchie,
vous donnez votre consentement libre
et éclairé en terme de votre participation
à cette étude. Les questionnaires sont anonymes
et en aucun cas votre identité ne pourra
être révélée. Vos réponses seront incluses
dans des résultats de groupe.

Ce projet a été revu et approuvé par le comité
d'éthique de la recherche en santé chez l'humain
du Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke (CHUS).



--- SONDAGE SUR LA ---

COLLABORATION MÉDECINS-OSTÉOPATHES

--- POUR LA CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE ---

POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS SUR L'ÉTUDE, CONTACTEZ:

Chantal Morin, erg. DO, PhD (c)
Faculté de médecine
et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke



819 820.6868 poste 14288



chantal.morin@usherbrooke.ca

Cet envoi personnalisé a été autorisé
par Ostéopathie Québec.

RELATION ET COLLABORATION INTERPERSONNELLE



Avez-vous une relation professionnelle avec un médecin de famille ou un pédiatre par exemple pour référer ou pour recevoir des références ou pour partager de l'information concernant un patient?

- Oui Non

Si oui, quel est le mode de communication privilégié? (cochez un seul choix)

- Lettre Télécopieur
 Verbal au patient (parent du patient) En personne
 Téléphone Courriel

Dans les derniers 6 mois, combien de fois avez-vous référé un enfant à un médecin?

- 0 4-5
 1 plus de 5
 2-3

De façon générale, référez-vous par écrit au médecin?

- Oui Non

Nommez deux problèmes cliniques pour lesquels vous avez déjà référé un enfant à un médecin?

À votre avis, dans un cas clinique pour lequel l'intervention d'un médecin et d'un ostéopathe est effectuée conjointement, un échange verbal ou écrit est-il nécessaire entre le médecin et l'ostéopathe?

- Oui Non

Si oui, qui devrait initier la communication?

- Le parent Le médecin ou l'ostéopathe selon le cas clinique
 Le médecin L'ostéopathe

La présence d'un médecin (de famille ou pédiatre) dans votre réseau de collaborateurs est:

- Pas importante Importante
 Peu importante Très importante

Comment situez-vous votre pratique actuelle de collaboration avec les médecins de famille en lien avec la clientèle 0-18 ans?

- Inexistante Fréquente
 Rare Très fréquente
 Occasionnelle

avec les pédiatres?

- Inexistante Fréquente
 Rare Très fréquente
 Occasionnelle

Dans quelle mesure l'encadrement de l'ostéopathe par l'Office des professions du Québec et la création d'un programme universitaire modifieront-ils votre pratique de collaboration avec les médecins?

- Pas du tout Modérément
 Un peu Considérablement

NOUVEAUX PATIENTS 0-18 ANS



Veillez compléter, pour les deux prochaines semaines, la grille ci-joint pour tout nouveaux patients âgés entre 0 à 18 ans vus dans votre pratique quotidienne.

MERCI DE RETOURNER LA GRILLE ACCOMPAGNÉE DU PRÉSENT FORMULAIRE.



DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES



Vous êtes :

- Homme Femme

Depuis combien de temps pratiquez-vous l'ostéopathie?

- 0-4 ans 15-20 ans
 5-9 ans 21 ans et plus
 10-14 ans

Quelles sont vos formations antérieures au diplôme en ostéopathie?

Formation collégiale

- Générale

Technique de réadaptation physique

Autres techniques : _____

Formation universitaire

- Ergothérapie Kinésiologie

Physiothérapie Thérapie du sport

Chiropractie Éducation physique

Soins infirmiers Sciences biomédicales

Autres : _____

Vous travaillez dans une :

- Clinique privée solo

Clinique privée de groupe (incluant par exemple physiothérapeute, acupuncteur, massothérapeute, etc.)

Y a-t-il également un médecin ?

- Oui Non

Autres : _____

Nombre moyen de patients âgés entre 0 et 18 ans par semaine : _____

Avez-vous d'autres commentaires sur la collaboration? _____



PARTICIPATION À LA PHASE SUIVANTE DE L'ÉTUDE

Êtes-vous intéressé à participer à une entrevue en personne sur vos expériences de collaboration ou de non-collaboration avec des médecins et/ou des pédiatres ?

Oui

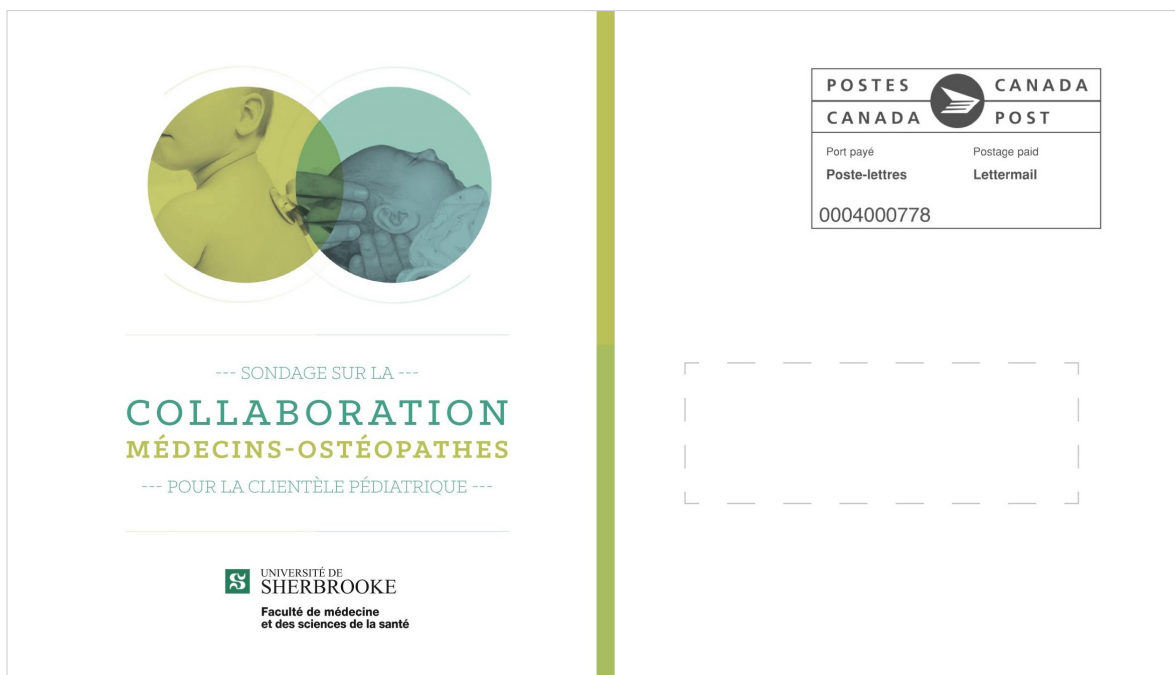
Non

Les renseignements ci-dessous seront conservés uniquement pour le recrutement de la phase d'entrevues.

Votre nom

Meilleur moyen de vous joindre

À RETOURNER DANS L'ENVELOPPE
PRÉAFFRANCHIE AVEC LE QUESTIONNAIRE.



Octobre 2014

Vous avez reçu dans les dernières semaines un sondage portant sur la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique (0-18 ans) au Québec.

Si vous avez déjà complété et retourné le sondage, nous vous en remercions. Dans le cas contraire, nous vous invitons à le faire dès aujourd'hui. Votre collaboration nous est très précieuse et nous vous remercions pour le temps que vous y consacrez.

Si vous n'avez pas reçu le sondage, ou s'il a été égaré, svp écrivez-nous à l'adresse suivante chantal.morin@usherbrooke.ca et il nous fera plaisir de vous en faire parvenir un.

Pre Isabelle Gaboury, PhD
Professeure adjointe,
Département de médecine de famille
Faculté de médecine
et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Chantal Morin, erg, DO, MSc
Candidate au doctorat
Faculté de médecine
et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

ANNEXE 4
GUIDE D'ENTRETIEN

Guide préliminaire d'entretien

Guide d'entretien

numéro _____

Heure début de l'entretien : _____ Fin : _____

Date : _____

Endroit : _____

Participant : _____

Socio-démographiques :

Genre : _____

Type de clinique/environnement de travail : _____

Présence (ou connaissance) d'un ostéopathe (ou médecin/pédiatre) dans la clinique ou environnement : _____

Nombre d'années d'expérience : _____

Nombre de patients pédiatriques par semaine : _____

(Décrire le projet : Collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec. Obtenir le consentement éclairé)

Questions:

1. Parlez-moi de vos expériences de collaboration interprofessionnelle avec des ostéopathes (ou médecins/pédiatres pour les ostéo) dans le cadre de votre travail?

2. Pourriez-vous me donner des exemples de références/collaborations effectués à un ostéopathe (ou médecin/pédiatre) en lien avec la clientèle pédiatrique?

Vérifier si les exemples sont en lien avec un intervenant en particulier ou pour des conditions de soins particulières

Demander l'intension et les interactions lors de cette référence/collaboration

3. Pourriez-vous me donner un exemple d'expérience positive de CIP avec un ostéopathe (ou médecin/pédiatre)?

Quels éléments décrivent l'expérience positive

4. Pourriez-vous me donner un exemple d'expérience négative de CIP avec un ostéopathe (ou médecin/pédiatre)?

Quels éléments décrivent l'expérience négative

5. Qu'est-ce qui favorise la collaboration interprofessionnelle avec un ostéopathe (ou médecin/pédiatre) pour la clientèle pédiatrique?

Thèmes à explorer : communication (formelle ou informelle), clarification des rôles et connaissances des champs de pratique, relation de confiance, accessibilité/proximité, soins centrés sur le patient, limite de nos interventions.

6. Qu'est-ce qui fait obstacle à la CIP avec un ostéopathe (ou médecin/pédiatre) pour la clientèle pédiatrique?

Thèmes à explorer : Evidence-based care, philosophie, expériences négatives, coût, formation, encadrement et reconnaissance, leadership, langage, méconnaissance, clientèle vulnérable.

7. Qu'est ce qui pourrait augmenter l'intérêt des médecins et des ostéopathes à collaborer en lien avec la clientèle pédiatrique maintenant? Dans les deux prochaines années?

8. Est-ce que la participation à ce projet de recherche a modifié votre intérêt pour la collaboration interprofessionnelle avec les ostéopathes (ou les médecins de famille/pédiatres pour les ostéo)?

9. Y a-t-il des points au sujet de votre expérience de collaboration que nous n'avons pas couverts durant l'entretien mais que vous aimeriez discutés?

(Remercier le clinicien pour sa participation à l'entretien. Assurer la confidentialité de ses réponses. Informer du processus de clarification de certains propos.)

ANNEXE 5
AUTORISATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE



Avec vous, pour la Vie

Le 16 juillet 2014

Dre Isabelle Gaboury
Médecine de famille

OBJET: Projet # 14-115

Collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec.

Dre Gaboury ,

Nous aimerions, par la présente, vous aviser que votre protocole de recherche cité en rubrique a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS.

Les conditions requises à la réalisation de ce projet de recherche étant réunies, il nous fait plaisir de vous autoriser à débiter l'étude.

Vous souhaitant tout le succès escompté dans le déroulement de cette étude, je vous prie de croire à l'expression de mes sentiments les plus distingués.

William D. Fraser, M.D., M.Sc.
Directeur scientifique
Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

/hl

cc:

CENTRE DE RECHERCHE CLINIQUE ÉTIENNE-LE BEL DU CHUS
Hôpital Fleurimont, aile 8, porte 4, pièce 2873
Téléphone : 819 820-6480 • 819 346-1110 poste 12873 • Télécopieur : 819 564-5445
crcinformation.chus@ssss.gouv.qc.ca

www.crc.chus.qc.ca



**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN**

Le 16 juillet 2014

Dre Isabelle Gaboury
Médecine de famille

Reçu le
16 JUIL. 2014
CRC Étienne-Le Bel

OBJET: Projet # 14-115

Collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec.

Dre Gaboury ,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke a évalué le protocole de recherche ainsi que les documents afférents à l'étude citée en objet de la lettre. La présente est pour vous informer que le CÉR a approuvé votre projet. À cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation.

Veuillez également trouver ci-joint, s'il y a lieu, le formulaire de consentement approuvé par le CÉR et portant le sceau d'approbation. Vous devez utiliser des photocopies de ce formulaire pour obtenir le consentement des sujets.

Vous devez attendre l'autorisation du directeur scientifique du Centre de recherche Étienne-Le Bel avant de débiter la recherche. Certains aspects de la convenance organisationnelle doivent être évalués avant le début du recrutement des participants. Cette autorisation du Centre de recherche s'ajoute à l'approbation du Comité d'éthique.

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués.

Annabelle Cumyn, M.D., C.M. MHPE
Présidente du comité

Téléphone: 819 346-1110, poste 12856
Télécopieur: 819 820-6498
Courrier électronique: ethique.chus@ssss.gouv.qc.ca
Site WEB: www.crc.chus.qc.ca

HÔPITAL FLEURIMONT
3001, 12e Avenue Nord
Bureau CRC-2929
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

APPROBATION ET ATTESTATION

Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MEMBRES DU COMITÉ :

BERNIER, Louise, LL.D. juriste, professeure, UdeS	GRÉGOIRE, Nathalie, LL.M. avocate, extérieur
BOUFFARD, Nicole, infirmière, rep. scientifique, V-présidente	JOSEPH, Marie-Claude, rés. sc.cliniques, rep scientifique, CHUS
BRODEUR, Louise, B.F.A. représentante du public	LAUZIÈRE, Denise, avocate extérieure
CHENEL, Vanessa, M.A. représentante en éthique	LEBLOND, Julie, M. Sc. pharmacienne, CHUS
CISSE, Aboubacar, D.Sc. professeur, FMSS	MASSE, Vincent, résident infectiologie/microbiologie, rep scientifique, CHUS
CLOUTIER, Sylvie, M.Sc. pharmacienne, CHUS	MÉNARD, Julie, Ph. D. représentante scientifique, CRC
CLOUTIER, Yvan, Ph.D. représentant en éthique, extérieur	MONETTE, Marcelle, Ph. D. représentante en éthique, Vice-présidente
CORRIVEAU, Robert, représentant du public	NAUD, Marie-George, C.Ps. représentante du public
CÔTÉ, Anne-Marie, M.D. néphrologie, CHUS	POIRIER, Marie-Sol, M.Sc., Ph.D.(c) rep. éthique / scientifique, V-présidente
CUMYN, Annabelle, M.D., C.M. MHPE, CHUS, Présidente	QUENNEVILLE, Julie, M.Sc pharmacienne, CHUS
CYR, Claude, M.D. pédiatrie, CHUS	ROUSSEAU, Marie-Pierre, M. Sc. pharmacienne, CHUS
DESPIATIS, Marc-Antoine, M.D. chirurgie vasculaire, CHUS	SAVARD, Anne-Marie, LL.D. avocate, professeure, UdeS
DESROSIERS, Sylvie, M.A. B.A.A., rep. en éthique, extérieur	VIGNEAULT, Raymonde, représentante du public
ÉCHAVE, Pablo, M.D. anesthésiste, CHUS	
ÉORTIN, Gilberte, Inf. représentante en éthique, extérieur	

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation : N/A

Approbation demandée par: Dre Isabelle Gaboury

Pour le projet # 14-115

Collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec.

Approbation donnée par la présidence le 16 juillet 2014 pour 12 mois.

- Protocole complet : 14 juillet 2014
- Formulaire de consentement principal : 14 juillet 2014 v. fr
- Autre formulaire de consentement :
- Questionnaire(s) : Questionnaire médecins et pédiatres et Questionnaire ostéopathes en annexe au protocole
- Amendement # : . Date amendement :
- Autre :

Brochure /Monographie reçue pour évaluation:

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

16 juillet 2014

Signé par:

Annabelle Cumyn, M.D., C.M. MHPE
Présidente du comité

Date de la signature

ANNEXE 6
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

CENTRE DE
RECHERCHECENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
Hôpital Fleurimont, 3001, 12^e Avenue Nord, Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Hôtel-Dieu, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

Titre du projet: Collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique au Québec

Numéro du projet : 14-115

Chercheuse principale: **Isabelle Gaboury, Ph.D.**
Département de médecine de famille et d'urgence
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Chercheuses associées: **Johanne Desrosiers, Ph.D.,**
École de réadaptation
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Chantal Morin, M.Sc., étudiante au doctorat
Programme de sciences cliniques
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8 :30h et 16h

Chantal Morin	Tél : (819) 820-6868 poste 14288
Isabelle Gaboury	Tél : (819) 820-6868 poste 12721
Johanne Desrosiers	Tél : (819) 820-6868 poste 12901

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche car vous êtes un médecin de famille, un pédiatre ou un ostéopathe qui intervient auprès de la clientèle pédiatrique. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

La collaboration interprofessionnelle (CIP) en santé est définie comme un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience pour les mettre de façon concomitante au service des clients et ce, pour le plus grand bien de ceux-ci. Parmi les conséquences positives de la CIP pour le patient, on retrouve l'amélioration des soins, la prévention de la fragmentation des soins ainsi que la promotion d'une approche plus holistique par les intervenants en santé.

Dans la pratique clinique, plusieurs barrières interfèrent avec la CIP particulièrement lorsqu'il s'agit d'une collaboration avec des intervenants en médecine alternative et complémentaire (MAC). L'ostéopathie est une des MAC connaissant une popularité croissante au Québec, notamment pour la clientèle pédiatrique. Cette clientèle consulte principalement pour des problèmes d'ordre fonctionnel (ex. : plagiocéphalie, otite, troubles digestif, douleurs musculosquelettiques) connus pour représenter un défi pour la médecine conventionnelle et requérir une approche interdisciplinaire. La CIP entre les médecins et les ostéopathes est cependant un phénomène relativement nouveau et encore peu étudié.

Cette étude vise à mieux comprendre la collaboration entre les médecins de famille/pédiatres et les ostéopathes québécois impliqués auprès de la clientèle pédiatrique.

Plus spécifiquement, les chercheurs souhaitent dans ce volet qualitatif de l'étude explorer les facteurs facilitants et les obstacles au développement de la CIP expérimentés par les médecins de famille/pédiatres et les ostéopathes.

Nous prévoyons recruter, pour ce volet qualitatif réalisé à l'aide d'entrevues individuelles, de 10 à 15 médecins de familles/pédiatres et de 10 à 15 ostéopathes.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche consiste en une entrevue individuelle avec l'étudiante chercheuse. La rencontre se déroulera au moment et à l'endroit de votre choix à la suite de la signature du présent formulaire de consentement. La rencontre durera au plus 75 minutes (incluant la signature du formulaire de consentement) et sera enregistrée sur support audio numérique puis retranscrite pour en faciliter l'analyse. Un contact téléphonique de moins de 15 minutes dans le mois suivant l'entrevue pourrait être requis afin de clarifier certaines informations émises lors de l'entrevue.

RISQUES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Il n'y a pas de risques pouvant découler de votre participation au projet de recherche

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Les inconvénients reliés à votre participation à ce volet du projet sont:

- de vous libérer l'équivalent de 60 minutes pour la rencontre à la suite de la signature du formulaire de consentement.
- de vous libérer, au besoin, l'équivalent de 15 minutes pour un appel de clarification d'information recueillies à l'entrevue

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, tel que la satisfaction de faire avancer la recherche concernée par la problématique de la collaboration interprofessionnelle entre les médecins de famille/pédiatres et les ostéopathes intervenant auprès de la clientèle pédiatrique mais nous ne pouvons pas le garantir.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'étudiante chercheuse.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres membres de l'équipe.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information déjà obtenue dans le cadre de l'étude sera conservée.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de l'étude et le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Ces renseignements comprendront les comptes rendus de l'entrevue individuelle et certains renseignements tels que votre nom, sexe ainsi que sur votre contexte de pratique.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de manière sécuritaire.

Les enregistrements numériques de l'entrevue individuelle, une fois retranscrits de façon anonyme, seront supprimés. Les données de recherche anonymisées seront conservées pour une durée de 10 ans par les chercheuses principales.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS, par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès qu'à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à ce projet de recherche.

DROITS DU PARTICIPANT ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique
au Québec

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

Diffusion des résultats

Désirez-vous recevoir un sommaire des résultats de l'étude lorsque celle-ci sera terminée ?

OUI NON

Adresse courriel : _____

Collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique
au Québec

CALENDRIER DES RENCONTRES

Recrutement (du 1 septembre 2014 au 31 mars 2015)	Première rencontre :	
	• Formulaire de consentement	15 minutes
	• Entrevue	60 minutes
Contact téléphonique (au besoin seulement)	• Appel téléphonique dans le mois suivant l'entrevue	15 minutes

ANNEXE 7

DOCUMENT D'INFORMATION À L'INTENTION DES MÉDECINS

Ce document d'information présente les bonnes réponses à la série de questions concernant les paramètres de pratique et la pertinence de l'ostéopathie pour certaines conditions de la clientèle pédiatrique incluses dans le questionnaire version médecin.

Courriel type utilisé

Objet : Complément d'information à la suite à votre participation au sondage sur la collaboration médecins - ostéopathes pour la clientèle pédiatrique

Bonjour,

Voici le complément d'information que vous avez demandé lors de votre participation au sondage sur la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes pour la clientèle pédiatrique. Ce complément d'information présente les réponses aux premières questions du questionnaire.

Merci encore d'avoir participé au sondage,

Chantal Morin, erg, DO, candidate au doctorat
Isabelle Gaboury, PhD
Johanne Desrosiers, erg, PhD



Sondage sur la collaboration médecins - ostéopathes Complément d'information pour les médecins



Vous avez complété et retourné notre sondage sur la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes pour la clientèle pédiatrique au Québec. Nous tenons à vous remercier d'avoir participé à ce sondage. Plus de 250 autres médecins de famille et pédiatres ont fait de même. Un grand merci!

Voici un complément d'information qui fournit les réponses aux deux premières questions de ce sondage.

Le deuxième volet de l'étude sera prochainement entrepris en réalisant des entrevues avec les médecins de famille et les pédiatres en vue d'explorer les facteurs facilitants et les obstacles à la collaboration avec les ostéopathes.

Réponses aux deux premières questions du sondage

Question 1 : Actuellement au Québec, un ostéopathe : (Vrai ou Faux)

A un titre protégé : Faux

Le titre d'ostéopathe n'est actuellement pas un titre protégé dans le système professionnel du Québec. Cependant, l'Office des professions du Québec (OPQ) a recommandé la création d'un ordre distinct responsable d'encadrer la pratique de l'ostéopathie au Québec¹. En janvier 2015, un groupe de travail constitué par l'OPQ a entamé les démarches nécessaires pour concrétiser l'encadrement de la pratique de l'ostéopathie et la protection du titre.

A une formation équivalente à un diplôme d'études collégiales : Faux

A une formation équivalente à un baccalauréat : Faux

A une formation équivalente à une maîtrise professionnelle : Vrai, mais...

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), de même que l'OPQ, concluent au besoin d'une formation de niveau maîtrise pour exercer l'ostéopathie de façon sécuritaire². Deux voies de formation ont été décrites par l'OMS soit des programmes s'adressant à des étudiants sans formation préalable en santé (devant comporter environ 4 200 heures) et des programmes s'adressant à des professionnels de la santé (devant comporter un minimum de 1000 heures adaptées selon le type de formation antérieure).

Bien qu'un grand nombre d'ostéopathes exerçant au Québec étaient antérieurement des professionnels de la santé répondant aux exigences de formation émises par l'OMS (par

exemple : physiothérapeutes, ergothérapeutes ou médecins), la formation offerte actuellement par les écoles privées n'est pas uniforme. La fermeture de ces écoles et le développement de formations universitaires vont de pair avec la création de l'Ordre des ostéopathes du Québec ce qui assura une formation exclusivement de niveau maîtrise.

Travaille seulement avec ses mains : Vrai

Toujours selon l'OMS, l'ostéopathe utilise une grande variété de techniques manuelles ostéopathiques afin d'améliorer la fonction physiologique ou de soutenir l'homéostasie altérée par un désordre fonctionnel².

Est obligatoirement un physiothérapeute : Faux

Il est courant, mais pas obligatoire d'être physiothérapeute pour devenir ostéopathe. Selon les données recueillies par l'Office des professions du Québec, 66% des ostéopathes non médecins pratiquant au Québec sont détenteurs d'un diplôme donnant accès à l'une des professions reconnues au Québec dans le domaine de la santé, par exemple la physiothérapie, l'ergothérapie ou les sciences infirmières.

Examine et intervient uniquement sur la colonne vertébrale : Faux

Examine et intervient sur l'ensemble des tissus du corps : Vrai

Bien que les douleurs au bassin et à la colonne vertébrale constituent 42% des motifs de consultation en ostéopathie au Québec³, les ostéopathes utilisent une palpation très fine et évoluée pour relancer la mobilité et la motilité de tous les tissus du corps humain. Ils interviennent principalement en présence de désordres fonctionnels et ils abordent le corps comme un ensemble de systèmes (musculo-squelettique, fascial, viscéral, crânien, nerveux, vasculaire), reliés entre eux, qui doivent tous bien fonctionner pour assurer la santé².

Possède des connaissances approfondies en anatomie, en physiologie et en pathologie :

Vrai

L'OMS recommande plus de 645 heures de formation en présence uniquement pour l'acquisition de connaissances approfondies en anatomie, en physiologie et en pathologie². Tel que mentionné précédemment, un nombre important d'ostéopathes au Québec sont détenteurs d'une formation universitaire dans le domaine de la santé et ont reçu la formation équivalente à ces exigences. Vu le manque d'uniformité actuelle de la formation, ce n'est cependant pas le cas de tous les ostéopathes au Québec.

Devrait répondre aux standards de formation en ostéopathie publiés par l'OMS : Vrai

Afin de répondre à leurs besoins et pour agir de façon compétente et sécuritaire, les ostéopathes consultés par la population québécoise devraient effectivement tous répondre aux standards de formation de l'OMS et devront prochainement tous répondre à ceux qui seront établis par l'OPQ.

Question 2 : Pour quelles situations cliniques de pédiatrie estimez-vous que l'intervention d'un ostéopathe est pertinente: (Vrai ou Faux)

Pour vérifier si l'accouchement a créé des tensions dans le corps du bébé : Vrai

Une évaluation ostéopathique du bébé dans les premiers mois de vie et une intervention favorisant la mobilité des différents tissus du corps de l'enfant peut faciliter son développement harmonieux. Les interventions en ostéopathie sur des nouveau-nés prématurés pourraient également être associées avec une réduction du temps de séjour en néonatalogie⁴. Au Québec, l'évaluation post natale de jeunes bébés par un ostéopathe est le 3^e motif de consultation le plus fréquent pour la clientèle pédiatrique³.

Pour accélérer le processus de guérison d'une fracture : Faux

Le processus de guérison d'une fracture ne peut être accéléré par une intervention manuelle en ostéopathie. Cependant, l'ostéopathe peut intervenir après une fracture pour mobiliser les tissus affectés par l'événement ayant causé la fracture et prévenir, par exemple, l'apparition de contractures musculaires ou de restrictions de mobilité.

Pour évaluer des douleurs abdominales aiguës, récentes et invalidantes : Faux

Avant toute intervention ostéopathique, l'ostéopathe doit être en mesure d'identifier les conditions qui relèvent de l'intervention médicale urgente ou non urgente comme une douleur abdominale aiguë, récidivante et invalidante afin de référer correctement au médecin.

Pour de la prévention au sens large : Vrai

Lors de son évaluation, l'ostéopathe recherche la présence de dysfonctions somatiques, identifiées principalement par une altération de la qualité des tissus, par une restriction de leur mobilité ou par la présence d'asymétries. Il est fréquent pour un enfant de présenter des telles dysfonctions somatiques, par exemple au cou, au dos, au bassin ou encore aux membres inférieurs.

Pour une douleur causée par une otite chez l'enfant de plus de 6 mois : Faux

L'ostéopathe ne peut agir directement sur la douleur aiguë causée par une otite. Cependant, par des techniques de mobilisation, il peut faciliter le drainage de la trompe d'Eustache ou encore prévenir certaines récurrences, particulièrement en présence de restrictions affectant la malléabilité des sutures de l'os temporal, occipital ou du massif facial^{5,6,7,8}.

Pour un torticolis pouvant être accompagné d'une déformation crânienne d'origine positionnelle : Vrai

Au Québec, le torticolis et la plagiocéphalie positionnelle sont les motifs de consultation en ostéopathie les plus fréquents chez les enfants³. Les études sur l'efficacité ou la pertinence de l'ostéopathie quand elle est utilisée en complément aux recommandations usuelles d'exercices et de positionnement semblent être favorables^{9,10,11,12}.

Pour des régurgitations abondantes avec perte de poids : Faux

Les régurgitations abondantes avec perte de poids doivent être, prioritairement, évaluées par un médecin. L'ostéopathe doit savoir reconnaître la présence de ce drapeau rouge, référer adéquatement et travailler en collaboration.

Pour une douleur musculo-squelettique : Vrai

L'ostéopathe fait partie des professionnels de la santé ayant une expertise et un intérêt clinique clairement centré sur les problèmes musculo-squelettiques¹³.

Pour une intervention de première ligne, sans diagnostic médical, concernant un désordre fonctionnel (exemples : pied positionné vers l'intérieur, maux de tête) : Vrai

Malgré le besoin de documenter davantage les effets des interventions en ostéopathie, les études existantes sur l'efficacité ou la pertinence de cette approche pour certains désordres fonctionnels tels que des problèmes musculo-squelettiques, digestifs, biomécaniques, d'allaitement et d'énurésie, rapportent des effets majoritairement favorables.

Pour des coliques : Vrai

Peu de solutions sont offertes en médecine conventionnelle pour le soulagement des coliques chez le jeune enfant. Quelques études suggèrent un bénéfice aux traitements en ostéopathie pour des difficultés bénignes des fonctions digestives et pour les pleurs excessifs qui y sont souvent associés^{14,15,16,17}.

Pour tout commentaires ou informations supplémentaires, contactez Chantal Morin à chantal.morin@usherbrooke.ca

Chantal Morin, erg, DO, candidate au doctorat

Isabelle Gaboury, PhD

Johanne Desrosiers, erg, PhD



Références :

1. Office des professions du Québec (2014). Encadrement de la pratique de l'ostéopathie. <http://www.opq.gouv.qc.ca/actualites/communiques/detail/article/encadrement-de-la-pratique-de-losteopathie-2/>.
2. World Health Organization. (2010). *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: Benchmarks for training in osteopathy* No. WB 940). Switzerland: WHO Press.
3. Morin, C., & Aubin, A. (2014). Primary reasons for osteopathic consultation: A prospective survey in quebec. *PloS One*, 9(9), e106259.
4. Cerritelli, F., Pizzolorusso, G., Ciardelli, F., La Mola, E., Cozzolino, V., Renzetti, C., et al. (2013). Effect of osteopathic manipulative treatment on length of stay in a population of preterm infants: A randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 13, 65-2431-13-65.
5. Mills, M. V., Henley, C. E., Barnes, L. L., Carreiro, J. E., & Degenhardt, B. F. (2003). The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(9), 861-866.
6. Degenhardt, B. F., & Kuchera, M. L. (2006). Osteopathic evaluation and manipulative treatment in reducing the morbidity of otitis media: A pilot study. *JAOA: Journal of the American Osteopathic Association*, 106(6), 327.
7. Steele, K. M., Viola, J., Burns, E., & Carreiro, J. E. (2010). Brief report of a clinical trial on the duration of middle ear effusion in young children using a standardized osteopathic manipulative medicine protocol. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 110(5), 278-284.
8. Morin, C., Dorion, D., Moutquin, J. M., & Levasseur, M. (2012). Suture restriction of the temporal bone as a risk factor for acute otitis media in children: Cohort study. *BMC Pediatrics*, 12, 181-2431-12-181.
9. Philippi, H., Faldum, A., Schleupen, A., Pabst, B., Jung, T., Bergmann, H., et al. (2006). Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: A randomized therapeutic trial. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48(1), 5-9; discussion 4.
10. Amiel-Tison, C., & Soyez-Papiernik, E. (2008). Cranial osteopathy as a complementary treatment of postural plagiocephaly. [Place de l'osteopathie dans la correction des deformations craniennes du nouveau-ne et du jeune enfant] *Archives De Pediatrie : Organe Officiel De La Societe Francaise De Pediatrie*, 15 Suppl 1, S24-30.

11. Sergueef, N., Nelson, K. E., & Glonek, T. (2006). Palpatory diagnosis of plagiocephaly. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(2), 101-110.
12. Lessard, S., Gagnon, I., & Trottier, N. (2011). Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(4), 193-198.
13. Foster, N. E., Hartvigsen, J., & Croft, P. R. (2012). Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: A review and critical analysis. *Arthritis Research & Therapy*, 14(1), 205.
14. Hayden, C., & Mullinger, B. (2006). A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(2), 83-90.
15. Kotzampaltiris, P. V., Chou, K. J., Wall, S. P., & Crain, E. F. (2009). The cranial rhythmic impulse and excessive crying of infancy. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 15(4), 341-345.
16. Pizzolorusso, G., Turi, P., Barlafante, G., Cerritelli, F., Renzetti, C., Cozzolino, V., et al. (2011). Effect of osteopathic manipulative treatment on gastrointestinal function and length of stay of preterm infants: An exploratory study. *Chiropractic & Manual Therapies*, 19(1), 15-709X-19-15.
17. Dobson, D., Lucassen, L. B. J. P., Miller, J. J., Vlieger, A. M., Prescott, P., & Lewith, G. (2012). Manipulative therapies for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.

ANNEXE 8
LISTE DES COMMUNICATIONS

Voici la liste des communications concernant les activités de transfert de connaissances et la diffusion des résultats de l'étude sur la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique.

Conférences et ateliers sur invitation :

Morin, C. Atelier sur le développement de la collaboration interprofessionnelle entre médecins et ostéopathes impliqués auprès de la femme enceinte et du jeune enfant au Québec. 5^e Congrès International Ostéobio, Paris, 1 avril, 2017.

Morin, C. Atelier sur la collaboration interprofessionnelle et le développement d'une communication efficace entre les ostéopathes et les professionnels de la santé. Centre ostéopathique du Québec, Montréal, 17 mars, 2017.

Morin, C. Ostéopathie pour la clientèle pédiatrique. Colloque des médecins alternatives et complémentaires en pédiatrie de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 2 avril 2016.

Morin C., Gaboury I., and Desrosiers J. A scientific survey of the fields where pediatric osteopathy is practice and thoughts about future research priorities. Osteopathic International Alliance 2015 Montreal Conference. Montréal, 26 septembre 2015.

Gaboury I. and Morin, C. Keep calm and collaborate : Concepts and findings on interprofessional collaboration in a context of pediatric osteopathy. Rendez-Vous 2015. Montréal, 24 septembre 2015.

Morin C. & Gaboury, I. Collaboration médecins de famille et ostéopathes impliqués auprès de la clientèle pédiatrique : résultats préliminaires et enjeux de recrutement en première ligne. Midi scientifique du groupe de recherche PRIMUS. Sherbrooke, 30 mars 2015.

Présentations scientifiques nationales et internationales :

Morin, C., Gaboury, I., Desrosiers, J. Development of trust between conventional and CAM practitioners: insights from physicians and osteopaths in Quebec. 2016 INCAM Research Symposium: Expanding Person-Centred Care through Integrative Health Research (Travel award). Toronto: Journal of Complementary and Integrative Medicine 2016; 13(4): eA1-eA27.

Morin, C., Gaboury, I., Desrosiers, J. Quebec primary care physicians and paediatricians perspective on osteopathy for paediatric population. International congress of integrative medicine & health 2016 (Congress scholarship for highest-rated abstract). Las Vegas, Etats-Unis, 18 mai 2016.

Morin, C., Gaboury, I., Desrosiers, J. Do Primary Care Physicians and Non-Physician Osteopaths for Pediatric Population Collaborate? Results From a Canadian Sequential Mixed Methodology Study. 2015 NAPCRG Annual Meeting. Cancun, Mexique, 24-28 octobre 2015.

Présentations locales et provinciales :

Morin C., Gaboury I, Desrosiers J. Quebec physicians' interprofessional collaboration with osteopaths for pediatric population. Colloque 20 ans d'innovations au Centre de recherche Hôpital Charles-Le Moyne. Longueuil, 25 mai 2016.

Morin C., Gaboury I, Desrosiers J. Collaboration entre les médecins et les ostéopathes : résultats d'une étude mixte séquentielle réalisée auprès des pédiatres du Québec. 13^e Journée scientifique du département de pédiatrie de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (Prix Julius Briskin de la Fondation des étoiles). Sherbrooke, 6 octobre 2015.

Morin, C., Gaboury, I., Desrosiers, J. Motifs de consultation les plus fréquents présentés par catégorie d'âge pour la clientèle pédiatrique ayant consulté en ostéopathie au Québec. Congrès québécois de recherche en adaptation-réadaptation 2015. Boucherville, 21-22 mai 2015.

Morin, C., Gaboury, I., Desrosiers, J. Motifs de consultation les plus fréquents en ostéopathie au Québec pour la clientèle pédiatrique : Étude prospective descriptive. 44^e Journée scientifique de la Faculté de médecine et des sciences de la santé. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 20 mai 2015.

Entrevues et médias :

Morin, C. Doc-postdoc. Émission Des Années lumières, Radio de Radio Canada, 12 octobre 2014. http://ici.radio-canada.ca/emissions/les_annees_lumiere/2014-2015/chronique.asp?idChronique=351753.