Enquête sur la pratique du conseil auprès des ostéopathes français

Paul Quesnay, Rémi Gagnayre

▶ **To cite this version:**

Paul Quesnay, Rémi Gagnayre. Enquête sur la pratique du conseil auprès des ostéopathes français : vers une pratique d'éducation thérapeutique ?. Éducation thérapeutique du patient / Therapeutic patient education , 2015, 7 (1), pp.10105. 10.1051/tpe/2015003 . hal-01568947

HAL Id: hal-01568947

https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-01568947

Submitted on 26 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2015; 7(1): 10105
© EDP Sciences, SETE, 2015
DOI: 10.1051/tpe/2015003

ETP/TPE
www.etp-journal.org

Article original/Original article

Enquête sur la pratique du conseil auprès des ostéopathes français : vers une pratique d'éducation thérapeutique ?

Paul Quesnay, Rémi Gagnayre*

Laboratoire Educations et Pratiques de Santé, EA3412- Université Paris-13 Sorbonne-Paris Cité, 74 rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny Cedex, France

(Reçu le 5 décembre 2014, accepté le 5 mars 2015)

Résumé – Introduction : Face à l'accroissement des maladies chroniques et à l'émergence d'un nouveau statut où le patient participe aux choix de santé qui le concernent, les enjeux de santé visent à faire acquérir aux patients des compétences d'auto soin pour les aider à vivre de manière optimale au quotidien avec leur maladie. En ostéopathie, c'est à travers une activité de conseil que les praticiens semblent s'inscrire dans cette perspective. Néanmoins, si cette activité de conseil est reconnue en tant que modalité thérapeutique par l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que par les standards internationaux de pratique, la caractérisation de sa pratique et de son évaluation font défaut dans la littérature. **Objectifs :** L'étude vise à déterminer comment, dans sa pratique, se caractérise le conseil en ostéopathie, et à savoir s'il relève d'une simple information ou bien revêt une dimension formative. Il s'agit dans un second temps de situer cette pratique du conseil au regard de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). **Méthode :** Après analyse de la littérature pour déterminer ce qui était connu sur le conseil en santé, un questionnaire a été conçu et envoyé aux ostéopathes français. **Résultats :** 165 réponses ont été récoltées, permettant de statuer sur le caractère systématique du conseil, ses domaines d'application et sa place en consultation. Dans sa conception et par l'implication favorisée du patient, les résultats montrent une tendance de conseil éducatif pondérée par la difficulté d'adaptation du conseil ostéopathique aux situations complexes nécessitant un changement de comportement du patient. Le manque de formation initiale et continue, l'insuffisance de relai des recommandations internationales par le milieu professionnel et le manque de supports utilisés peuvent être pointés comme principaux freins à un conseil éducatif. **Conclusion :** L'étude permet de montrer une photographie de la transition d'une pratique du conseil évoluant vers une pratique éducative, malgré des ancrages encore perceptibles d'une conception de consultation d'ostéopathie « classique ». Des études ultérieures seraient nécessaires pour déterminer comment l'ostéopathie peut intégrer l'ETP dans sa pratique.

Mots clés : conseil éducatif / ostéopathie / enquête / éducation thérapeutique / pratique

Abstract – Survey on counseling practice at French osteopathic practitioners : toward therapeutic education practice? Introduction: In order to meet the growing burden of chronic illness and to provide a new status for patient involvement to his own health choices, the new interventions aim to give patients the means for self management, to help them live with their chronic conditions. In the osteopathic care, counseling practice seems to reach this objectives, as it is acknowledged by the World Health Organization as well as recognized standards of osteopathic practice. Nevertheless, little is known about the characterization and assessment of the counseling practice. **Objective:** The study aims to assess how the osteopathic counseling practice can be characterized, to determine if this activity would take place in the field of therapeutic patient education (TPE). **Method:** The literature has been analyzed to determine what is known about the counsel, then a questionnaire has been sent to French osteopathic practitioners. **Results:** 165 questionnaires were returned, allowing the description of a systematic counseling, the scope of counseling practice and its place during the consultation. The manner witch practitioners viewed the counsel as well as patient implication set a trend of educative counseling. This is counter-balanced by the non-adaptability of counseling toward complex situations implying behavioral change, caused by a lack of follow-through of international recommendation by professional bodies and a lack of education and educational support. **Conclusion:** The study shows a transitory evolution of counseling practice, which remains classical and informative. Further research is needed to determine how osteopathic medicine can implement TPE at its practice.

Key words: educative counseling / osteopathic medicine / survey / therapeutic patient education / practice

* Correspondance : Rémi Gagnayre, remi.gagnayre@univ.paris13.fr

1 Introduction

Devant l'accroissement des maladies chroniques et l'émergence d'un nouveau statut où le patient participe aux choix de santé qui le concernent [1], une nécessité se confirme pour les soignants : celle de conférer aux patients des compétences pour qu'ils puissent, sur une période donnée, se délivrer les soins sous la responsabilité des praticiens. Ce nouveau champ de la médecine et de la santé publique, défini comme une pratique éducative, vise à assurer le transfert des compétences de soins du soignant au patient ([2], pp 1–7). Il s'agit donc pour les patients d'un apprentissage qui tient compte de leurs besoins (vivre avec une affection) et des spécificités de leur maladie (types de traitements, de surveillances biologique ou clinique). L'importance de cette éducation a conduit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [3] à proposer des recommandations qui ont été reprises et enrichies, en France, par la Haute Autorité de Santé (HAS) et par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) [4]. La loi Hôpital Patient Santé Territoire a reconnu l'importance de ce champ de la santé appelé Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) [5] et, tout récemment, un rapport de l'Académie de Médecine [6] en renforce l'intégration dans le système de soin. L'ensemble de ces recommandations préconise l'acquisition et la conservation par les patients des capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale au quotidien avec leur maladie. Devant les problèmes complexes que les personnes ont à résoudre concernant leur santé, il s'agit de leur proposer une véritable « formation » pour les préparer au mieux et leur permettre de suivre les traitements prescrits.

Les recommandations sur l'ETP concernent l'ensemble des professionnels de santé, mais également d'autres acteurs impliqués dans une relation de soin et qui se réfèrent eux-mêmes à des recommandations de bonnes pratiques [6]. Tel est le cas des ostéopathes pour lesquels la pratique de l'ETP pourrait s'avérer pertinente. Cependant, il est nécessaire de préciser, par rapport à leur pratique actuelle, la place qu'ils pourraient accorder à l'ETP.

L'OMS définit l'ostéopathie comme une thérapie dont la prise en charge est le traitement manuel ostéopathique (*Osteopathic Manipulative Treatment*), qui peut être combiné avec d'autres traitements ou conseils portant par exemple sur l'alimentation, l'activité physique ou la posture [7]. En France, cette modalité thérapeutique prend de l'ampleur dans la mesure où la population ostéopathique est décrite en constante augmentation et comptait plus de 11 000 ostéopathes en 2012 [8], réalisant plus de 9 millions de consultations par an [9].

L'OMS [7] ainsi que des sociétés internationales recommandent que la prise en charge ostéopathique inclue le conseil, l'inscrivant dans des activités d'éducation pour la santé, de prévention de la maladie, de santé publique et de réhabilitation pour l'amélioration de la douleur et de la souffrance [10–14].

Cependant, peu de travaux sont consacrés aux moyens de mettre en œuvre ou d'évaluer cette activité de conseil et de l'interroger au regard de l'ETP. La plupart des travaux portent sur le manque de formation initiale des ostéopathes pour le dispenser [15]. Les praticiens ne sont pas suffisamment préparés à conseiller leurs patients, ce qui a pour conséquence que les objectifs thérapeutiques ne sont pas pleinement atteints [16]. Leach *et al.* [17] précisent que, malgré une approche collaborative avec le patient et une relation thérapeutique empathique, il persiste un manque de savoir faire de la part des ostéopathes dans les domaines de la communication, de la prévention et de l'éducation, qui se résume le plus souvent à un conseil. Il existe ainsi un écart entre les recommandations sur le conseil et la pratique des ostéopathes, tel que le rapporte la littérature.

Cette étude vise dans un premier temps à caractériser le conseil en ostéopathie tant du point de vue des buts visés que de la manière de le réaliser. En effet, il s'agit de savoir si le conseil relève d'une simple information ou bien s'il revêt une dimension formative, à partir de laquelle les ostéopathes pourraient développer une éducation thérapeutique permettant l'acquisition par le patient de réelles compétences de soin. Ainsi, l'étude de ces caractéristiques permet d'une part d'apporter de nouvelles données en décrivant les pratiques du conseil en ostéopathie. D'autre part, l'analyse de ces pratiques permet de les situer par rapport aux recommandations de bonnes pratiques sur l'ETP [6].

2 Méthode

2.1 Enquête par questionnaire

L'enquête par questionnaire est fréquemment utilisée pour décrire la pratique du conseil [18, 19]. Nous avons repris cette méthode pour mener une étude de type confirmatoire mais également exploratoire dans la mesure où elle devrait permettre un débat sur l'ETP dans le champ de l'ostéopathie.

Pour établir notre questionnaire, nous avons consulté la base de données biomédicale PubMed utilisant les mots clés référencés [Mesh] suivants : « *communication* », « *counseling* », « *professional-patient relations* », « *qualitative research* » et « *referral and consultation* ». Le protocole de recherche a été établi selon les recommandations méthodologiques de la HAS (Fig. 1). Nous avons retenu les articles parus dans les dix dernières années (2003/2013), décrivant les modalités d'applications du conseil de manière théorique et/ou pratique ont été inclus, à savoir : les analyses d'interviews, de consultations, ceux présentant des résultats significatifs et/ou information(s) nouvelle(s) et utile(s) pour la revue de littérature. Ont été exclus les articles traitant uniquement de l'efficacité du conseil ou des facteurs intervenant dans sa réalisation, les articles traitant de conseils juridiques et/ou du conseil au patient dans ses choix en vue d'une opération chirurgicale (information au patient) ou ne faisant pas apparaître une des caractéristiques du conseil.

La base de donnée a permis de collecter 324 articles. La première étape de sélection a permis d'exclure 247 articles, laissant 77 articles sélectionnables. Sur ces 77 articles, 49 ont été lus de manière intégrale pour leur analyse. Celle-ci comprend un résumé des connaissances établies sur le conseil en

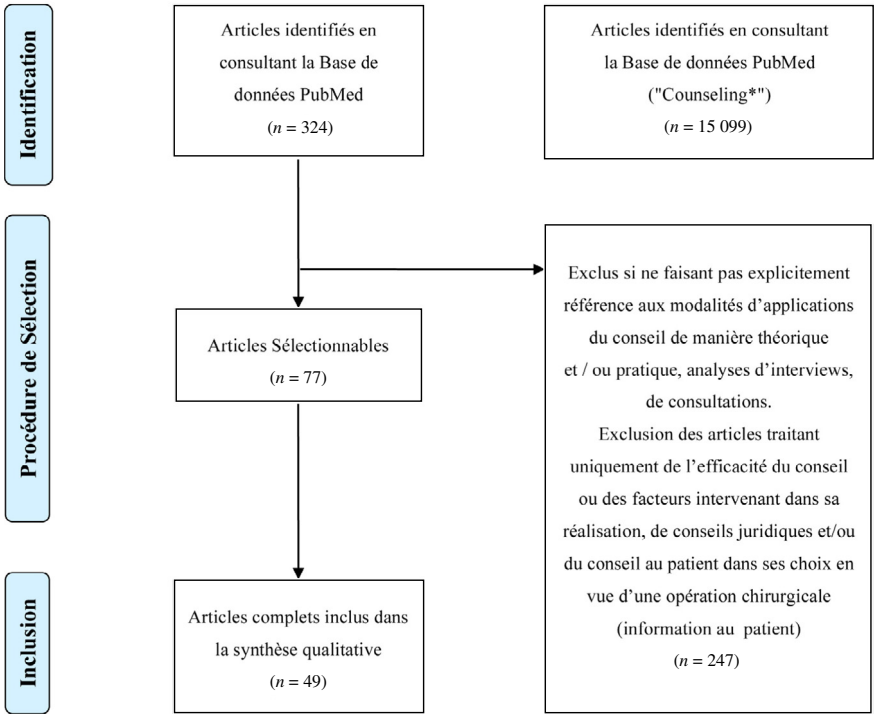

Figure 1. Procédure de sélection des articles utilisés dans l'analyse de la littérature. – *Selection procedure for articles used in the literature analysis*.

santé et une catégorisation de ces conseils. La lecture des articles a permis de recenser les caractéristiques qu'utilisaient les auteurs pour décrire un conseil. On rapportera sa définition (buts), les domaines sur lesquels il porte, sa systématisation au cours des consultations, le temps dédié au conseil, son support, la façon dont il est structuré, l'attitude du praticien au cours du conseil, sa formation au conseil, ainsi que les barrières intervenant dans la mise en place du conseil.

2.2 Conception du questionnaire

Chaque caractéristique rapportée par l'analyse de la littérature a fait l'objet d'une ou plusieurs propositions du questionnaire, à savoir les caractéristiques du répondant (deux questions), la définition du conseil (une question), les domaines sur lesquels portent le conseil (une question), la fréquence de conseil (une question), le temps dédié au conseil (trois questions), le support du conseil (deux questions) la structuration du conseil (trois questions), la formation du praticien au conseil (trois questions), les barrières à la réalisation du conseil (une question). Seule la catégorie « attitude du praticien lors du conseil » a été écartée de la construction du questionnaire, cette caractéristique s'avérant impossible à investiguer avec ce type d'étude.

2.3 Descriptif des sections du questionnaire

Les dix-sept intitulés du questionnaire ont été regroupés en six sections permettant d'analyser de manière descriptive les réponses.

2.3.1 Identité professionnelle

Cinq questions permettent d'identifier les caractéristiques du répondant (sexe, âge), ainsi que la formation du praticien au conseil : ses qualifications, son expérience clinique. Une sixième question interroge le temps dédié au conseil à travers la durée moyenne des consultations.

2.3.2 La notion de conseil en ostéopathie

Trois questions permettent d'analyser la notion de conseil tel qu'il est conçu par le répondant. La première permet une ébauche de la définition du conseil pour l'ostéopathe : le conseil est-il une simple transmission d'information ou bien intègre-t-il une dimension d'interaction entre le soignant et le patient.

La seconde interroge la fréquence du conseil, s'il est systématique à chaque consultation ou circonstanciel à certaines consultations ; la dernière permet de savoir sur quels domaines porte le conseil.

2.3.3 L'organisation du conseil au cours de la consultation

Quatre questions permettent de cibler la place du conseil au cours de la consultation ainsi que les supports utilisés au cours et à distance de la consultation. La notion de durée moyenne du temps de conseil lors d'une consultation est également abordée dans une de ces questions.

2.3.4 La structure du conseil

Deux questions étudient la manière dont est structuré le conseil : elles permettent d'une part d'étudier en terme de fréquence, quel acteur de la consultation est à l'initiative du conseil et, d'autre part, lequel de ces acteurs problématise ou énonce les facteurs en lien avec la symptomatologie du patient.

2.3.5 Cas cliniques

Une question permet également d'aborder la façon dont est structuré le conseil et le met en situation à travers trois cas cliniques. Les réponses proposées permettent de déterminer si, face à ces situations, l'ostéopathe se place dans une démarche informative ou si son conseil intègre une dimension plus large, éducative.

2.3.6 Les obstacles pour donner un conseil

Une question aborde les principales barrières ou difficultés rencontrées dans la littérature empêchant les praticiens de donner un conseil. Ces difficultés peuvent être inhérentes au patient, au praticien ou au contexte clinique.

2.4 Analyse des données

Plusieurs articles font état des caractéristiques du praticien telles que le genre, la formation ou le degré d'expérience clinique comme facteurs influant sur la pratique du conseil, que cela soit au niveau de l'interaction avec le patient [20], de la qualité de la communication [21], de la fréquence du conseil [22, 23] ou encore au niveau des obstacles à la réalisation du conseil [24]. Nous avons donc envisagé d'analyser les résultats du questionnaire selon ces trois axes en complément de l'analyse descriptive des résultats.

Au regard des enjeux de santé publique, de prévention et d'éducation dans lesquels l'activité du conseil peut s'inscrire, nous avons cherché à savoir si le conseil était plus sur un mode informatif ou bien sur un mode éducatif entendu comme favorisant un apprentissage car dépassant la simple transmission d'information. Pour répondre à cette question, nous avons construit un score permettant d'en mesurer quantitativement la tendance.

Le score s'appuie sur les six questions de l'enquête relatives à la conception du conseil par le thérapeute, à sa formation, à l'implication du patient, mais également aux supports à la réalisation du conseil.

La première question choisie permet de déterminer si le praticien a suivi des formations portant sur la communication, le conseil ou la relation avec le patient. Comme vu précédemment, de telles formations permettent l'amélioration de la qualité de l'interaction et de la communication avec le patient, pouvant favoriser l'émergence d'un conseil éducatif [21].

La seconde aborde directement la conception du conseil par le praticien. Les définitions du conseil proposées au répondant découlent des processus de communication décrits en tant qu'action de transmission ou de transaction [25]. La transmission fait référence à un processus linéaire où l'information est transmise du praticien au patient, ce dernier étant passif, l'attention étant centrée sur le contenu, la nature du message transmis. Un tel conseil serait ainsi « informatif ». Le modèle de transaction conceptualise au contraire un processus coopératif, où l'information et ses significations sont négociées par chacun des participants. Ce dernier modèle est ainsi en faveur d'un processus « éducatif ».

Deux questions se réfèrent aux supports utilisés pour renforcer le conseil.

L'utilisation de supports diversifiés pour soutenir une communication orale peut être considérée comme allant dans le sens d'un conseil éducatif dans la mesure où cela permet de renforcer la qualité du message, de faciliter l'acquisition par le patient d'une information ou d'une compétence, de la comprendre et de faire lui-même un choix relatif à sa santé [26].

Une question permet de savoir si le praticien conduit le patient à identifier par lui même un facteur en lien avec sa symptomatologie. Cette notion de « problématisation » fait partie intégrante du processus de négociation favorisant l'implication active du patient [27].

Enfin, travers les cas cliniques, il est permis de voir comment le praticien donne ses conseils : différentes manières de procéder sont présentées au répondant, contenant chacune différents niveaux d'éducation. Le premier niveau contient une simple information vérifiée auprès du patient. Les deux autres intègrent des dimensions éducatives à travers la négociation de l'information vis-à-vis du contexte du patient, l'évaluation de ses compétences, puis en l'amenant à trouver par lui même des solutions à son problème.

Les réponses aux questions ont ainsi été pondérées : 1 ou 5 pour les questions « binaires », de 0 à 6 pour les QCM de 1 à 5 pour les questions à réponse « graduelle ». Ces pondérations permettent d'établir un score allant de 6 (conseil informatif) à 39 (conseil éducatif), pour chacun des répondants. Ainsi, il est possible de situer le profil global d'un répondant selon son score éducatif, et d'analyser par quels aspects sa pratique est plutôt éducative ou informative.

2.5 Population et déroulement de l'enquête

Étant donné qu'il n'existe pas de banque de donnée exhaustive de la population ostéopathique consultable en libre accès, nous avons constitué notre échantillon en consultant plusieurs banques de données accessibles en ligne (professionnelles, syndicales, etc.). Nous avons ainsi sélectionné les ostéopathes exerçant une pratique exclusive de l'ostéopathie, en France, diplômés au moins depuis 2012 permettant de solliciter des praticiens avec au moins 1 an d'expérience. Les ostéopathes exerçant à l'étranger ou n'exerçant plus en France ont été retirés de l'étude. L'identification a été complétée par la recherche manuelle des adresses mail professionnelles des sujets sélectionnés.

Afin de pouvoir extrapoler les résultats à l'ensemble de la population source, estimée à 11 087 ostéopathes exclusifs

Tableau I. Comparaison des caractéristiques de l'échantillon et de l'étude OSEOstéo 2012. – *Characteristics comparison between sample and the population from OSEOstéo 2012*.

		OSEOstéo 2012	échantillon	*p* value
Effectif		860	165	–
Taux de réponse	(%)	11,5 %	16,5 %	–
Genre	% d'hommes	52,4 %	53,3 %	ns
	% de femmes	47,6 %	46,7 %	
Âge	18–24 ans	4,0 %	0,6 %	< 0,0001
	25–34 ans	65,9 %	47,9 %	
	35–49 ans	16,9 %	34,5 %	
	50–64 ans	11,3 %	12,1 %	
	65 et + ans	2,0 %	4,8 %	
Expérience clinique	Moy. ± SD années	7 ± 7,2	9,7 ± 4,7	< 0,0001

Moy. : moyenne ; SD : déviation standard.

en Juillet 2013 [8], et tenant compte du taux participation de 11,5 % reporté dans l'étude démographique de l'Observatoire socio-économique de l'ostéopathie (OSEOstéo) [28], le nombre de questionnaires à envoyer a été estimé à 834 pour récupérer au minimum 96 réponses ; 1000 ostéopathes ont ainsi été sélectionnés selon la méthode probabiliste avec un échantillonnage aléatoire simple pour augmenter les chances d'un nombre de réponses suffisant.

Pour renforcer le caractère confirmatoire de notre enquête, il a également été envisagé de comparer les principales caractéristiques de la population de notre étude à celles de l'étude démographique OSEOstéo [28].

Une phase de pré-test du questionnaire a été effectuée à deux reprises sur trois personnes appartenant à la population source. Un entretien individuel avec chacun de ces sujets a permis de réajuster le questionnaire en modifiant certaines questions, pour les rendre plus pertinentes. Afin de faciliter sa diffusion ainsi que le recueil des données, le questionnaire a été rédigé grâce à un outil gratuit proposé par Google Documents. Le questionnaire était strictement anonyme, en accord avec l'article 2, alinéa 2, de la loi informatique et liberté du 06 janvier 1978 modifiée en août 2004. Un premier courriel explicatif a été envoyé, suivi de deux courriels de relance. La phase de recueil des données s'est achevée le 17/11/2013. Les résultats des questionnaires ont été recueillis via l'outil en ligne Google Documents, avant d'être enregistrés sous format Excel. Le traitement statistique des données ainsi que les représentations graphiques ont été effectuées avec le logiciel Prism 6 trial. Les variables quantitatives ont été analysées au moyen d'un test de Student *T* non apparié ; les variables qualitatives ont été analysées au moyen d'un test de CHI-2.

2.6 Considérations éthiques de l'étude

L'approbation du comité éthique de l'école d'ostéopathie C.E.E.S.O. de Paris a été reçue pour la présente étude en juin 2013, ainsi que l'accord systématique des ostéopathes pour participer à l'enquête.

3 Résultats

3.1 Description de la population d'enquête

Cent soixante-cinq des 1000 ostéopathes contactés ont complété le questionnaire en ligne. L'échantillon était composé en proportions égales d'hommes et de femmes âgés en moyenne de 35 ans (écart-type : 11), avec pour majorité (63 %) une expérience clinique de 10 ans (écart-type : 5). Une minorité d'entre eux (23,6 %, soit $n = 39/165$) a suivi une formation sur la communication, le conseil, la relation au patient au cours de ces cinq dernières années.

Par ailleurs, l'analyse entre le genre du répondant, la formation suivie et son expérience clinique n'a pas fait ressortir de résultats statistiquement significatifs ($p > 0,05$). Il n'a donc pas été possible de répondre à cette question d'étude.

Afin d'asseoir la représentativité de l'échantillon, les caractéristiques des 165 répondants ont été comparées (Tab. I) à celles de l'étude OSEOstéo [28]. En terme de répartition selon le genre, les populations étaient sensiblement proches ($p > 0,05$). Notre échantillon était statistiquement plus âgé (47,9 % de 25−34 ans et 34,5 % de 34−40 ans *vs.* 65,9 % de 25−34 ans et 16,9 % de 34−40 ans dans l'étude OSEOstéo, $p < 0,0001$) et plus expérimenté (9,7 ± 4,7 ans d'expérience clinique *vs.* 7 ± 7,2 ans dans l'étude OSEOstéo $p < 0,0001$). Ces caractéristiques laissent à penser que les pratiques déclarées témoignent bien de ce qui est fait en pratique.

3.2 Place du conseil en consultation

Le conseil est majoritairement rapporté comme « systématique à chaque consultation » (60 %, soit $n = 99/165$) répondants, contre 40 % « circonstanciel à une situation ». Mais quelle que soit son indication, le temps de conseil semble occuper environ 10 % de la consultation, invariablement pour une première consultation ou pour un suivi (Tab. II). En terme de distribution, ce temps de conseil est statistiquement plus élevé ($p = 0,01$) dans les premières consultations longues que dans les consultations courtes. Il est préférentiellement donné pendant ou après la phase de traitement, c'est-à-dire après la phase d'examen physique.

Tableau II. Place du conseil en consultation, supports et modalités d'application (*n* = 165). – *Place of the counsel during the consultation, supports and modalities (*n = 165*).*

Donne le conseil		De façon systématique	60 %
		De façon circonstancielle	40 %
Durée moyenne (en minutes)	Première consultation	15–30	3 %
		30–45	43 %
		45–60	47,3 %
		> 60	6,7 %
	Suivi de consultation	< 15	1,2 %
		15–30	9,1 %
		30–45	58,2 %
		45–60	28,5 %
		> 60	3, %
Temps moyen dédié au conseil (en minutes)	Première consultation	Moy. ± SD *(minutes)*	6,2 ± 3,5
	15–30	3,9 ± 2,8*	
	30–45	5,5 ± 2,6*	
	45–60	6,7 ± 4,0*	
	> 60	8,4 ± 3,7*	
	Suivi de consultation	Moy. ± SD *(minutes)*	4,8 ± 2,9
Le conseil est préférentiellement donné	Au cours de l'anamnèse	Jamais	37 %
		Rarement	47,9 %
		Souvent	12,1 %
		Constamment	3,0 %
	Pendant la phase d'examen physique	Jamais	30,3 %
		Rarement	54,6 %
		Souvent	13,3 %
		Constamment	1,8 %
	Pendant la phase de traitement	Jamais	7,9 %
		Rarement	26,7 %
		Souvent	55,7 %
		Constamment	9,7 %
	Pendant la phase post traitement	Jamais	0,6 %
		Souvent	44,8 %
		Constamment	54,6 %
Domaines sur lesquels porte le conseil		Ergonomie (position au travail. . .)	83,0 %
		Pratique d'un sport	81,8 %
		Exercices à types d'étirement	80,6 %
		Pratique alimentaire	73,3 %
		Exercice de maîtrise de son corps (proprioception...)	67,9 %
		Hydratation	63,0 %
		Renforcement musculaire	42,4 %
		Sommeil	33,9 %
Techniques / supports utilisés pour renforcer le conseil pendant la consultation		Démonstration d'un geste	92,1 %
		Réalisation d'un schéma, d'un dessin	51,5 %
		Utilisation de matériel médical	46,1 %
		Explication d'une brochure d'information	7,3 %
		Visualisation d'une vidéo	4,2 %
		Aucun	3,6 %
		Utilisation de jeux d'éducation santé	1,8 %
Techniques / supports utilisés pour renforcer le conseil à distance de la consultation		Aucun	56,4 %
		Document (écrit, audiovisuel)	22,4 %
		Site internet	19,4 %
		Rendez vous téléphonique	16,4 %

Moy. : moyenne ; SD : déviation standard ; * : distribution : *p* value = 0,01.

Tableau III. Définition, acteurs et difficultés d'application du conseil (n = 165). – *Definition, actors and difficulties of counsel application (*n = 165*).*

Le conseil est conçu comme		Une interaction entre le patient et le praticien	81,8 %
		La transmission d'une information	18,2 %
Le patient initie le conseil		Jamais	0,6 %
		Rarement	39,4 %
		Souvent	58,2 %
		Constamment	1,8 %
Le praticien initie le conseil		Jamais	0,0 %
		Rarement	3,0 %
		Souvent	62,4 %
		Constamment	34,6 %
Lorsqu'un facteur en lien avec la symptomatologie du patient est identifié	Le praticien l'énonce au patient	Rarement	7,9 %
		Souvent	62,4 %
		Constamment	29,7 %
	Le praticien amène le patient à l'identifier par lui même	Jamais	3,0 %
		Rarement	44,9 %
		Souvent	47,3 %
		Constamment	4,8 %
Difficultés rencontrées en consultation		Manque d'intérèt du patient vis à vis du conseil	57,6 %
		Conseil non adaptable à l'environnement physique et social du patient	41,8 %
		Pas de difficulté rencontrée	24,2 %
		Manque de formation ou d'expérience pour donner un conseil	16,4 %
		Le patient n'attend pas que l'ostéopathe fournisse un conseil	12,7 %
		Manque de référence scientifique sur le contenu du conseil	11,5 %
		Manque de preuve scientifique mettant en évidence des bénéfices dans la mise en application du conseil	8,5 %
		Manque de temps pour donner un conseil	7,3 %
		Conseiller comporte un risque d'intrusion dans l'intimité du patient	5,5 %

Les conseils portent sur l'ergonomie (position au travail) (83 % pour les 165 répondants), la pratique d'un sport (81,8 %), des exercices à types d'étirement (80,6 %), les pratiques alimentaires (73,3 %), des exercices de maitrise de son corps (proprioception, bonnes pratiques de ventilation, etc.) (67,9 %), sur l'hydratation (63 %), mais également sur le renforcement musculaire (42,2 %), ou dans un moindre pourcentage sur le sommeil (33,9 %). Les techniques ou supports utilisés pour renforcer le conseil lors de la consultation sont principalement la démonstration d'un geste (92,1 %) ; un répondant sur deux répond avoir recours à la réalisation d'un schéma, d'un dessin et à l'utilisation de matériel médical. Pour renforcer le conseil distance de la consultation, une majorité (56,4 %) répond ne pas avoir recours à des support, et une minorité utilise un document écrit ou audiovisuel (22 %), un site internet (< 20 %), ou encore un rendez vous téléphonique (< 20 %).

3.3 La structure du conseil

Pour 81,8 % des répondants (soit n = 135/165), le conseil consiste en « un processus de communication au cours duquel l'information résulte principalement d'une interaction entre le soignant et le patient ». Les ostéopathes déclarent « souvent » ou « constamment » initier le conseil dans 97 % des cas, mais ils estiment également que le patient est « souvent » ou « constamment » à l'initiative du conseil dans 60 % (Tab. III). Cette répartition montre une certaine alternance concernant la personne qui initie le conseil, avec une prédominance de l'initiative du soignant. On peut également se demander si cette alternance se fait en fonction d'une circonstance, cet aspect n'ayant pas été étudié dans ce questionnaire. Lors de la discussion avec le patient des répercussions possibles de facteurs ou comportements sur sa santé, les ostéopathes rapportent majoritairement « souvent » (62,4 %) ou « constamment » (29,7 %)

Tableau IV. Distribution du score de tendance éducative (n = 143). – *Educative tendency score distribution (*n = 143*).*

	Min	Max	Med	Moy	Ecart T
Q4. formation	1	5	1	1,98	1,73
Q7. conception du conseil	1	5	5	4,33	1,50
Q11. supports en consultation	0	5	2	2,14	0,93
Q12. supports à distance	0	3	0	0,59	0,81
Q15-2. implication du patient	1	5	4	3,06	1,11
Q16-1. cas clinique 1	1	5	5	3,52	1,89
Q16-2. cas clinique 2	1	5	1	2,39	1,85
Q16-3. cas clinique 3	1	5	2	2,80	1,90
Score total	9	32	20	20,80	5,55

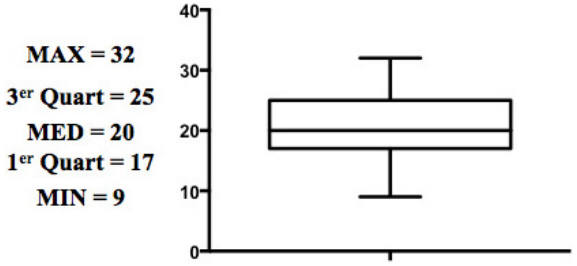

Figure 2. Distribution du score de tendance éducative (n = 143) – *Educative tendency score distribution (*n = 143*).*

expliquer les facteurs en lien avec la symptomatologie du patient, tandis que le patient est « rarement » (44,9 %) ou « souvent » (47,3 %) amené à fournir par lui même une explication.

Les principales difficultés rencontrées en consultation sont le manque d'intérêt du patient vis-à-vis du conseil (57,6 %, soit n = 95/165) et l'inadaptation du conseil à l'environnement physique et social du patient (41,8 %) ; un répondant sur quatre a affirmé « ne pas rencontrer de difficulté particulière ».

3.4 Score de tendance

Sur une échelle de tendance (Fig. 2) allant de 6 (conseil informatif) à 39 (conseil éducatif), les répondants présentent un score moyen de 20,8 (min. 9 ; max 32 ; écart-type 5,55). Le score moyen des répondants est proche de la moitié de l'échelle établie précédemment, avec une variabilité par rapport à ce score de 5,55 points. Un quart des répondants présentent un score « faible » allant de 9 à 17, la moitié des répondants un score « moyen » allant de 17 à 25 et un quart d'entre eux un score « fort » allant de 25 à 32.

Si l'on se rapporte aux questions (Tab. IV), les résultats de deux questions sont en faveur d'un conseil éducatif. D'une part, la question relative à la conception du conseil est en faveur d'un conseil à type de transaction, conceptualisant un processus coopératif, où l'information est négociée par chacun des participants (score médian de 5). De même, les résultats de la question relative à l'acteur identifiant les facteurs en lien avec la symptomatologie montre une implication du patient (score médian de 4, supérieur de la moitié de l'échelle). Cependant, cette tendance doit être pondérée car les résultats de trois des autres questions sont plutôt en faveur d'un conseil informatif. En effet, une forte majorité des répondants n'a pas suivi de formation sur le conseil (score médian de 1), et le nombre moyen de supports utilisés par répondant est environ de 2 lors de la consultation et moins de 1 à distance de la consultation (scores médians respectifs de 2 et 0). Enfin, les résultats de la dernière question portant sur la résolution de problèmes sont variables selon le cas clinique : dans le premier cas, le conseil est éducatif (score médian de 5), dans le deuxième cas informatif (score de 1) et peu éducatif dans troisième cas (score de 2). On constate que la nature plutôt informative ou éducative du conseil est dépendante de l'importance de l'habitude ou du comportement à modifier. Le conseil se fait ainsi plus éducatif pour une modification simple et informatif lorsque le changement de comportement est conséquent. Ainsi, les réponses témoignent d'une certaine démarche éducative avec le patient, mais les moyens et la façon de la mettre en œuvre relèvent encore d'une approche dite informative.

4 Discussion

4.1 Limites de l'étude

L'étude visait à décrire le conseil en ostéopathie à travers les pratiques déclarées par les ostéopathes. Deux des questions ont entraîné une difficulté d'analyse. En effet, leur intitulé figurait sous forme de question ouverte et les répondants n'y ont pas répondu correctement. De plus, certaines questions auraient nécessité de discuter des choix du répondant, limite du questionnaire.

Le taux de réponse avec une relance par courriel de 16,5 % est considéré comme faible. Cependant, ce taux de réponse est plus élevé que dans l'étude démographique précédente de l'Observatoire Socio-Economique de l'Ostéopathie (OSEOstéo) [28], et cette limite est compensée par le fait que nous obtenons 165 répondants en valeur absolue.

4.2 Les caractéristiques du conseil en ostéopathie

À notre connaissance, les caractéristiques du conseil sont très peu abordées dans la littérature [29, 30] ou à l'occasion de

recommandation de certains standards de pratique [10–14]. En ce sens, l'analyse descriptive des résultats permet d'apporter de nouvelles données « brutes » relatives au conseil, tel qu'il est pratiqué par les ostéopathes, en France. On constate néanmoins que, conformément à ces mêmes standards [10–14] et aux recommandations de l'OMS [7] qui le présentent comme une caractéristique intrinsèque de l'ostéopathie, le conseil est déclaré systématique à chaque consultation. Ce caractère systématique questionne le degré d'adaptation du conseil aux situations à risque des patients [31] et donc sa spécificité selon le type de prévention (primaire ou secondaire/tertiaire). La discussion sur la tendance informative ou éducative du conseil peut contribuer à comprendre ce constat.

4.3 Une dimension éducative du conseil selon certaines conditions

L'étude permet de décrire un conseil ostéopathique à tendance éducative. D'une part, les résultats de notre enquête montrent qu'il apparaît comme un processus bilatéral, coopératif, où un sens est partagé, négocié par les ostéopathes et les patients ; cela implique que ceux ci sont mutuellement responsables des effets et de l'efficacité de la communication [25]. En effet, tel qu'il est conçu par la majorité des praticiens de l'enquête, le conseil en ostéopathie semble correspondre à la notion de transaction décrite par Sha *et al*. [25]. Ces auteurs fournissent un modèle de la façon d'agir de chacun des acteurs comme étant influencée par leurs expériences respectives, le contexte de consultation, ainsi que les actions de l'autre participant [25]. D'autre part, les résultats montrent une implication du patient qui est favorisée à divers moments de la consultation, par exemple lors de la discussion des répercussions possibles de certains de ses comportements sur sa santé. Cette caractéristique du conseil entre bien dans le cadre d'une approche centrée sur le patient, décrite dans la littérature comme impliquant la discussion de chacune des attentes et perspectives pour aider la compréhension mutuelle et la négociation [32]. Ce résultat entretient l'idée, décrite dans les standards de pratique, selon laquelle l'ostéopathie s'adosse à une approche centrée sur le patient [10–12, 33].

Cependant, cette conception éducative du conseil est à pondérer : les résultats des cas cliniques montrent que les ostéopathes adoptent des pratiques éducatives dans les situations « simples » et informatives dès lors que celles-ci sont plus « complexes ». C'est ainsi que, lorsque le conseil porte sur un geste et son application dans le quotidien du patient (comme par exemple un étirement – cas clinique n° 1) les pratiques des ostéopathes sont centrées sur le patient, et peuvent être considérées comme éducatives : explication au patient, démonstration par le patient du geste devant l'ostéopathe et ajustement de son application dans le quotidien du patient. Ces situations « simples » se réfèrent à des aspects physiques et physiologiques du problème du patient. Les informations qui s'y rattachent concernent l'anatomie et le fonctionnement biomécanique du patient. Ces éléments s'inscrivent dans une approche biomédicale de la santé et de la maladie, bien connue de l'ostéopathe [34, 35], qui est alors capable de mettre en place une éducation relativement ciblée sur une technique de soins en faisant appel aux connaissances que possède le patient par exemple. Lorsque le conseil appelle une implication du patient par un changement de ses habitudes de vie ou de travail (cas cliniques n° 2 et 3), les ostéopathes se limitent à un conseil plus « informatif ». Dans l'enquête, on retrouve une information sur les bonnes pratiques à adopter et la sollicitation de la compréhension du patient. Cependant, ils ne vont pas plus loin et ne semblent pas chercher à voir comment le patient pourra modifier une habitude, un comportement déjà bien installé dans sa vie de tous les jours.

Malgré l'expérience des ostéopathes, cette attitude laisse à penser qu'ils cherchent plus à savoir si le patient a compris ce qu'il « doit » faire et moins comment il peut le faire au quotidien. Cela nécessite que l'ostéopathe tienne compte du savoir du patient, de ses représentations et expériences de la maladie et de ses conditions de vie de telle manière à l'aider à trouver des solutions et à s'engager dans un apprentissage pour acquérir de nouvelles habitudes de soin. Ces compétences, qui s'appuient sur de l'écoute et des techniques de soutien à l'apprentissage, semblent faire défaut à l'ostéopathe et relèvent d'un savoir faire et de compétences spécifiques [36] dont la maîtrise nécessite un apprentissage et en aucun cas, ne peuvent être considérés comme « innées » ou acquises uniquement par l'expérience [37]. On peut citer comme compétences : poser un diagnostic éducatif, évaluer la compréhension et le savoir faire du patient, aider le patient à appliquer un nouveau comportement dans son contexte de vie , etc.

En effet, les formations initiales sont souvent orientées sur l'établissement d'un diagnostic et le choix d'un traitement thérapeutique [36]. En ostéopathie, ces formations permettent l'acquisition des compétences et un savoir essentiellement technique, menant à une approche rationnelle au corps [34]. Ainsi, les situations dont la compréhension relève d'une approche biomécanique sont à même d'être pleinement maitrisées par les ostéopathes, et ce dès les premières années de pratique clinique [38, 39]. Ce manque de formation sur la dimension éducative de la consultation [35], en parallèle d'un enseignement ostéopathique qui n'a pas évolué ces dernières années [40], ne permet pas de dépasser cette approche rationnelle du corps et de la maladie et encore moins de soutenir les objectifs d'éducation du patient [41].

Cela explique sans doute pourquoi les ostéopathes attribuent plus aux patients leur difficulté à prodiguer un conseil éducatif. Dans notre étude, ils rapportent le manque d'intérêt du patient vis à vis du conseil, ou un environnement physique et social empêchant de proposer un conseil pertinent. Ils négligent alors les déterminants propres à leur pratique et au système de santé en tant que causes des problèmes d'application par le patient des conseils donnés [42]. Cette position est d'autant plus présente que très peu d'entre eux (moins d'un répondant sur trois) décrivent avoir suivi des formations dans ce domaine et ils manquent de moyens propres pour analyser leur pratique professionnelle et par conséquent pour transformer les logiques d'action qui les sous-tendent. Cela est à rapprocher des résultats d'études sur les médecins généralistes

français [37], où les croyances et représentations sociales des praticiens sont décrites comme un obstacle au développement de processus éducatifs lorsque celles-ci ne font pas l'objet d'une intervention formative.

4.4 Vers une pratique d'éducation thérapeutique ?

La difficulté de proposer des conseils éducatifs et, au-delà, une véritable pratique éducative pose la question de savoir comment les milieux professionnels peuvent mieux relayer, auprès des praticiens, les recommandations de l'OMS [36] ou des standards de pratiques internationaux [10–14]. En effet, la tendance éducative du conseil ostéopathique, telle que la dessine notre enquête, n'est pas encore suffisante pour répondre aux nouveaux enjeux de santé publique. À l'heure actuelle, il s'agit de relever le défi des maladies chroniques et de faire face à la nécessité pour le patient d'acquérir des compétences répondant à ses besoins dans une optique d'autonomie dans le soin, tout en considérant ses connaissances et facultés de compréhension [43] et en tenant compte de ses croyances et représentations de santé. Une prise en charge inadaptée risque de renforcer les effets négatifs dus à une non-observance par le patient et d'atténuer l'efficacité clinique, entraînant des mauvais résultats de santé et des coûts importants [42]. Ainsi, au regard de ces enjeux apparaît la nécessité de modifier les consultations et les rendre plus éducatives. Cette transformation relève de nombreux moyens et, suite à notre enquête, il est possible de proposer quelques repères pratiques.

Concernant la formation initiale, il serait nécessaire de faire évoluer les modalités d'enseignement [40], mais également leur contenu pour préparer au mieux les ostéopathes à la pratique du conseil, tout en tenant compte des enjeux de santé publique. L'acquisition de pratiques éducatives au cours de la formation initiale repose sur l'enseignement des concepts et modèles éducatifs de référence, avec un volume horaire adapté, des méthodes et objectifs pédagogiques clairs, l'intervention d'acteurs spécifiques formés en éducation et l'utilisation de ressources pédagogiques [44].

Au niveau de la pratique même, la concrétisation de ces temps éducatifs pourrait passer par l'utilisation de supports interactifs, d'outils de médiation en particulier numériques [26] adaptés aux patients pour favoriser la compréhension des messages, la mémorisation de gestes et augmenter la vigilance du patient. L'OMS met en garde contre une communication uniquement orale et écrite, qui est insuffisante en terme de clarté ou de qualité et ne permet pas de favoriser la compréhension des messages éducationnels ni leur application par le patient [26]. Rappelons que les supports utilisés pour le conseil sont principalement oraux ou démonstratifs lors de la consultation : geste, schéma, utilisation de matériel médical. Ils sont quasiment inexistants à distance de la consultation. Ces résultats confirment les données de la littérature [18]. Pourtant, les patients ont besoin d'une diversité de supports, qu'ils servent à l'apprentissage en face à face, à la réactivation des conduites à tenir à distance de la consultation, ou au soutien à la réflexion du patient comme dans le cas d'un carnet d'auto-vigilance ([2], pp 88–100).

À côté des supports, il est également possible de consacrer un temps spécifique avec le patient, pour favoriser ses changements de comportements. Dans le cadre d'une consultation « classique », cela est tout à fait possible au cours de la deuxième partie de consultation, une fois que les enjeux thérapeutiques sont déterminés. Par ailleurs, devant le défi que représente un changement de comportement, pourquoi ne pas envisager un suivi de consultation entièrement dédié à cet objectif ?

Comme souligné plus haut, l'amélioration des pratiques des ostéopathes passe par une offre de formation continue abordant les thèmes de la communication en santé, de l' éducation thérapeutique par exemple [26]. Rappelons que l'activité de *veille professionnelle et formation continue* [45] est une activité à part entière de l'ostéopathie, prévoyant notamment la participation à des activités de formations et à des démarches d'évaluations professionnelles [45]. En se basant sur les recommandations de l'Académie Nationale de Médecine [6], il pourrait être proposé aux ostéopathes des analyses de pratiques au moyen d'inter vision dans des réseaux de santé pluriprofessionnels. Ce moyen constituerait l'opportunité pour les ostéopathes de tendre vers des pratiques collaboratives [37] à l'origine d'innovations, comme l'est l'intégration de l'ETP dans les consultations.

5 Conclusion

Cette étude avait pour but de caractériser le conseil en ostéopathie. Il est possible de considérer ces résultats comme une photographie de la transition d'une pratique du conseil évoluant vers une pratique éducative, malgré des ancrages encore perceptibles d'une conception de consultation d'ostéopathie « classique ». Le conseil ostéopathique apparaît comme visant à conférer des compétences de soin au patient pour potentialiser le traitement de l'ostéopathe. Dans sa conception par le praticien, il tient compte des besoins, des compétences du patient, et repose sur une entente entre le patient et le thérapeute. La pratique du conseil permet ainsi dans une certaine mesure de répondre aux problématiques de santé en soutenant l'autonomisation des patients, par l'acquisition de compétences de santé et d'autosoin transmises par le soignant, pour la gestion de leur vie et de leur maladie. Néanmoins, certains aspects de la mise en pratique du conseil ne réalisent pas pleinement ces objectifs et nécessitent un remise en question pour évoluer d'une pratique traditionnellement centrée sur le praticien à une pratique pleinement centrée sur le patient, potentialiser les effets du conseil en permettant une éducation optimale du patient et obtenir sa pleine adhésion aux modalités thérapeutiques en le plaçant au centre du processus de décision du traitement. En effet, cette pratique semble limitée dans la mesure où ses conditions d'application ne sont pas pleinement soutenues par des supports adéquats et par la non systématisation des pratiques éducatives. Fort de ce résultat, des études ultérieures seraient nécessaires pour déterminer comment l'ostéopathie peut véritablement intégrer l'ETP dans sa pratique.

Remerciements. Les auteurs remercient l'équipe du CEESO Paris, ainsi que les ostéopathes ayant participé à cette étude.

Conflits d'intérêts. Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Références

1. Legifrance. Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; 2002, disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=&categorieLien=id (dernière consultation le 01/01/2015).
2. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique. 4e éd. Collection Education du Patient, Paris : Maloine ; 2011.
3. OMS. Rapport sur la santé dans le monde ; 1998, disponible sur : http://www.who.int/whr/1998/fr/index.html (dernière consultation le 01/01/2015).
4. INPES. Rapport d'activité ; 2007 disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/RA2007/default.htm (dernière consultation le 01/01/2015).
5. Legifrance. Loi HPST/article 89 ; 2009, disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879816 (dernière consultation le 01/01/2015).
6. Jaffiol C, Corvol P, Reach G, Basdevant A, Bertin E. Académie Nationale de médecine : L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine ; 2013, disponible sur : http://www.academiemedecine.fr/articlesdubulletin/publication/?idpublication=100253 (dernière consultation le 01/01/2015).
7. OMS. Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine ; 2010, available from : www.who.int/entity/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf (dernière consultation le 01/01/2015).
8. ROF. Enquête démographique ; 2013, disponible sur : http://www.osteopathie.org/documents.php?url=newsletter_n-24_-demographie_juillet2013_.pdf (dernière consultation le 01/01/2015).
9. OSEOstéo. Etude socio-économique ; 2014, disponible sur : http://www.observatoire-osteopathie.org/les-etudes-socio-economiques/ (dernière consultation le 01/01/2015).
10. The Osteopathic Council of New Zealand. Capabilities for osteopathic practice ; 2013. Available from: http://www.osteopathiccouncil.org.nz/images/stories/pdf/new/Capabilities_April52013.pdf (dernière consultation le 01/01/2015).
11. Osteopathy Board of Australia. Osteopathy code of conduct ; 2014. Available from: http://www.osteopathyboard.gov.au/Codes-Guidelines.aspx (dernière consultation le 01/01/2015).
12. GOsC. Osteopathic practice standards. London: General Osteopathic Council; 2012.
13. FORE. European framework for codes of osteopathic practice ; 2007. Available from: http://www.forewards.eu/projects/osteopathic-standards (dernière consultation le 01/01/2015).
14. FORE. European framework for Standards of osteopathic practice; 2007. Available from: http://www.forewards.eu/projects/osteopathic-standards (dernière consultation le 01/01/2015).
15. Zamani J, Vogel S, Moore A, Lucas K. Analysis of exercise content in undergraduate osteopathic education - A content analysis of UK curricula. Int J Osteopath Med 2007; 10:97–103.
16. Zamani J, Vogel S, Moore A, Lucas K. Exploring the use of exercise therapy in UK osteopathic practice. Int J Osteopath Med 2008; 11:149–168.
17. Leach J, Cross V, Fawkes C, Mandy A, Hankins M, Fiske A, *et al*. Investigating osteopathic patients' expectations of osteopathic care: the OPEn project 2011.
18. Howard DB, Gosling CMcR. A short questionnaire to identify patient characteristics indicating improved compliance to exercise rehabilitation programs: A pilot investigation. Int J Osteopath Med 2008; 11:7–15.
19. Thomson OP, Petty NJ, Ramage CM, Moore AP. Qualitative research: exploring the multiple perspectives of osteopathy. Int J Osteopath Med 2011; 14:116–124.
20. Henderson JT, Raine T, Schalet A, Blum M, Harper CC. "I wouldn't be this firm if I didn't care": preventive clinical counseling for reproductive health. Patient Educ Couns 2011; 82:254–259.
21. Arranz P, Ulla SM, Ramos JL, Del Rincón C, López-Fando T. Evaluation of a counseling training program for nursing staff. Patient Educ Couns 2005; 56:233–239.
22. Howe M, Leidel A, Krishnan SM, Weber A, Rubenfire M, Jackson EA. Patient-related diet and exercise counseling: do providers' own lifestyle habits matter? Prev Cardiol 2010; 13:180–185.
23. Tsui J, Dodson K, Jacobson TA. Cardiovascular disease prevention counseling in residency: Resident and attending physician attitudes and practices. J Natl Med Assoc 2004; 96:1080–1091.
24. Cornuz J, A Ghall W, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Fam Pract 2000; 17:535–540.
25. Shah B, Chewning B. Conceptualizing and measuring pharmacist-patient communication: a review of published studies. Res Social Adm Pharm 2006; 2:153–185.
26. World Health Organisation, regional office for Europe, Health literacy, The solid f acts. Copenhagen, WHO ; 2013. Available from : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (dernière consultation le 01/01/2015).
27. Latif A, Pollock K, Boardman HF. The contribution of the Medicines Use Review (MUR) consultation to counseling practice in community pharmacies. Patient Educ Couns 2011; 83:336–344.
28. OSEOstéo. Etude socio-économique ; 2012. Disponible sur: http://www.observatoire-osteopathie.org/les-etudes-socio-economiques/ (dernière consultation le 01/01/2015).
29. Orrock P. Profile of members of the Australian Osteopathic Association: Part 1 – The practitioners. Int J Osteopath Med 2009; 12:14–24.
30. Orrock P. Profile of members of the Australian Osteopathic Association: Part 2 - The patients. Int J Osteopath Med 2009; 12:128–139.
31. Sinclair J, Lawson B, Burge F. Which patients receive advice on diet and exercise? Do certain characteristics affect whether they receive such advice? Can Fam Physician 2008; 54:404–412.
32. Jones M, Edwards I, Gifford L. Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practice. Man Ther 2002; 7:2–9.
33. Butler R. The patient encounter: patient-centered model. In: Chila A, Fitzgerald M, editors. Foundations of osteopathic medicine. Lippincott Williams & Wilkins; 2010; 371–376.

34. Vaughan B, Sullivan V, Gosling C, McLaughlin P, Fryer G, Wolff M, *et al*. Methods of assessment used by osteopathic educational institutions. International Journal of Osteopathic Medicine 2012; 15:134–51.
35. Thomson OP, Petty NJ, Moore AP. A qualitative grounded theory study of the conceptions of practice in osteopathy: a continuum from technical rationality to professional artistry. Man Ther 2014; 19:37-43.
36. OMS. Bureau régional pour l'Europe, Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague, OMS ; 1998. Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf (dernière consultation le 01/01/2015).
37. Foucaud J, Balcou-Debussche M, Gautier A, Debussche X. Training in therapeutic patient education of French primary care physicians : practices and perceived needs. Ther Patient Educ/ Educ Ther Patient 2013; 5(1):123–130.
38. Smith M, Higgs J, Ellis E. Characteristics and processes of physiotherapy clinical decision making: a study of acute care cardiorespiratory physiotherapy. Physiother Res Int 2008; 13:209–222.
39. Smith M, Joy H, Ellis E. Effect of experience on clinical decision making by cardiorespiratory physiotherapists in acute care settings. Physiother Theory Pract 2010; 26:89–99.
40. Browning S. Teaching osteopathic students technique; using research to identify good teaching practice. Int J Osteopath Med 2010; 13:70–73.
41. Marchand C, Gagnayre R. La formation des soignants à l'éducation thérapeutique. Développement et Santé 2007; 187:18−21.
42. World Health Organisation. Adherence to long-term therapies. Geneva: World Health Organization; 2003. Available from : http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf (dernière consultation le 20/11/2014).
43. HLS-EU consortium. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009-2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012.
44. Van Rooij G, Crozet C, De Andrade V, Gagnayre R. Enquête sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique auprès de 30 instituts de formation en soins infirmiers de la région Île-de-France. Ther Patient Educ/ Educ Ther Patient 2012; 4: S111–S112.
45. Legifrance. Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie - Annexe I : Référentiel d'activités et compétences ; 2014. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/12/12/AFSH1426478A/jo/texte (dernière consultation le 01/01/2015).