

Durée de consultation en ostéopathie :
État des lieux et incidences.

VANDER-GUCHT

Nicolas

PROMOTION XII

Année 2020-2021

REMERCIEMENTS

Ces lignes sont les dernières à être tapées. Nous sommes à quelques jours du rendu final. Cette « aventure », engagée il y a maintenant plus d'un an, a été semée d'embûches, de rebondissements, de doutes mais étonnamment aussi, d'un certain plaisir. Plaisir d'entreprendre une réflexion scientifique. Plaisir de sortir de sa zone de confort. Plaisir nourrit par l'aboutissement de cinq années d'études riches en émotions.

Ce travail, composé avec tout mon « cœur », voir avec ma « D4 », a été possible en réalité grâce au soutien et l'accompagnement précieux de beaucoup d'autres. Ils ont été ma « terre » :

Merci :

À Stéphane BASTIEN : mon cher tuteur, ami des débuts et soutien toujours disponible,

À Bertrand CHATEAU qui m'a emmené vers cette aventure depuis GEPRO,

À toute l'équipe enseignante et administrative de l'IFSOR : des pros, des ami(e)s, une famille,

À Monsieur Jean-François TERRAMORSI, ...

À mon binôme Grenoblois : esprit vif, corps affûté et toujours le mot pour rire,

À mes coloc Rennais pour les discussions sans fins et autres aventures nocturnes,

À ma promo : Une P12 adorable, pleine d'humour et chaleureusement bienveillante,

Aux autres promos, au BDE, aux anciens, aux nouveaux, aux futurs,

À mes rellecteurs, Paulin et Michelle,

À ma famille et mes ami(e)s qui ont su me supporter pendant ces 5 années intenses,

Et enfin, à Florence, ma tendre épouse, mère de mon petit Victor. C'était un travail d'équipe, un projet familial. Merci d'avoir été là, d'avoir « subi » cinq longues années d'ostéopathie, rythmées par des absences, des doutes, de la fatigue, de l'enthousiasme. Des années difficiles, intenses, mais si formatrices. Je t'aime.

« Apprendre la durée exacte du temps (...), c'est aussi ça, sans doute, apprendre
l'intelligence. »

Marguerite DURAS

SOMMAIRE

TABLES DES ILLUSTRATIONS.....	5
1. Introduction.....	6
2. Contexte.....	7
2.1. Motivations personnelles.....	7
2.2. L'ostéopathie.....	7
2.2.1. Définition.....	7
2.2.2. Différents courants.....	8
2.3. La durée de consultation : Un composant du cadre thérapeutique.....	9
2.3.1. L'acte technique.....	10
2.3.2. La communication thérapeutique.....	10
2.3.3. Le cadre thérapeutique.....	11
3. Problématique.....	13
3.1. État des lieux.....	13
3.1.1. La durée de consultation en ostéopathie.....	13
3.1.2. Cadre réglementaire, recommandation de bonnes pratiques.....	14
3.1.3. Critères de choix et évolutions des pratiques vis-à-vis de la durée de consultation.....	15
3.2. Incidence de la durée de consultation sur l'efficacité d'un soin ostéopathique.....	16
3.2.1. Apports théoriques : Notion de placebo et d'effet contextuel.....	16
3.2.2. Mesure de l'effet contextuel et spécificité de la durée de consultation.....	19
3.2.3. Conclusion et point de vue des thérapeutes.....	21
3.3. Incidence de la durée de consultation sur le parcours et la satisfaction des patients.....	22
3.3.1. La durée de consultation : Critère d'attrait de l'ostéopathie ?.....	22
3.3.2. La durée de consultation : Critère de sélection d'un ostéopathe ?.....	23
3.3.3. La durée de consultation : Influence-t-elle la satisfaction du patient ?.....	25
3.4. Résumé de la problématique.....	27
4. Hypothèse.....	28
5. Matériel et méthode.....	29
5.1. Matériel.....	29
5.1.1. Population cible.....	29
5.1.2. Élaboration des questions.....	29
5.1.3. Questionnaire « thérapeute ».....	30
5.1.4. Questionnaire « patient ».....	31
5.2. Méthode.....	32
5.2.1. Diffusion des questionnaires.....	32
5.2.2. Tri des résultats.....	32
5.2.3. Analyse des résultats.....	33
6. Résultats – Questionnaire « thérapeute ».....	34

6.1.	L'échantillon.....	34
6.1.1.	Suppression des exclusions.....	34
6.1.2.	Tri des réponses ouvertes.....	34
6.1.3.	Échantillon final.....	35
6.2.	Résultats question par question.....	36
6.2.1.	Profil des participants.....	36
6.2.2.	Durée de consultation et satisfaction des praticiens.....	36
6.2.3.	Durée de consultation et évolution des pratiques.....	38
6.2.4.	Incidences de la durée de consultation et point de vue des praticiens.....	41
6.3.	Résultats par analyses croisées.....	43
6.3.1.	Analyse croisée avec le type d'ostéopathie.....	43
6.3.2.	Analyse croisée avec l'âge des ostéopathes.....	45
7.	Résultats – Questionnaire « patient ».....	46
7.1.	L'échantillon.....	46
7.1.1.	Suppression des exclusions.....	46
7.1.2.	Tri des réponses ouvertes.....	46
7.1.3.	Échantillon final.....	46
7.2.	Résultats question par question.....	47
7.2.1.	Profil des participants.....	47
7.2.2.	La dernière consultation.....	47
7.2.3.	La durée de consultation en ostéopathie.....	48
7.3.	Résultats par analyses croisées.....	50
7.3.1.	Satisfaction et durée de consultation.....	50
7.3.2.	Durée de consultation, appréciation de l'efficacité du soin reçu et profil.....	51
7.3.3.	Durée de consultation, évaluation de la satisfaction et motif de consultation.....	51
8.	Discussion.....	53
8.1.	Points forts et limites.....	53
8.1.1.	Points forts.....	53
8.1.2.	Limites.....	53
8.2.	Apports de l'étude.....	55
8.2.1.	État des lieux.....	55
8.2.2.	Durée de consultation et efficacité thérapeutique.....	55
8.2.3.	Durée de consultation et incidences sur les patients.....	56
8.3.	Réflexion.....	57
8.4.	Ouverture.....	60
9.	Conclusion.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....		63
ANNEXES.....		67
RÉSUMÉ.....		85

TABLES DES ILLUSTRATIONS

FIGURES :

Fig. 1: Efficacité thérapeutique en psychothérapie.....	10
Fig. 2 : Facteurs d'amélioration de l'état de santé des patients à l'échelle d'un individu en fonction du type de soin prodigué (Selon Virot, 2013, [31]).	19
Fig. 3 : Part de l'effet contextuel en fonction du traitement dans la prise en charge d'arthrose de genou. Selon Zou et Al., 2016 [40].	20
Fig. 4 : Schéma proposant un résumé de la problématique de ce TER.	28
Fig. 5 : Âge des participants.....	36
Fig. 6 : Type d'ostéopathie.....	36
Fig. 7 : Durée de la consultation initiale. (Résultats exprimés en %)	37
Fig. 8 : Critères de choix de la durée de consultation.	37
Fig. 9 : Raisons d'avoir réduit la durée de consultation.....	39
Fig. 10 : Raisons d'avoir allongé la durée de consultation.....	40
Fig. 11 : Question 9 : Selon vous, la durée de consultation influence ?	42
Fig. 12 : Question 10 : Évaluez votre niveau de connaissance quant aux notions suivantes.	43
Fig. 13 : Durée de consultation en fonction du type d'exercice (en %).	44
Fig. 14 : Consultations initiales et de suivies en fonction du type d'ostéopathie.	44
Fig. 15 : Durée de consultation en fonction de l'âge des ostéopathes.....	45
Fig. 16 : Question 7 : Donnez votre degré de satisfaction selon les items suivants (en %).	48
Fig. 17 : Question 12 et 13 : À partir de quelle durée jugez-vous qu'une séance est « trop courte » ou « trop longue ». (Résultats exprimés en %)	49
Fig. 18 : Question 14 : Dans les situations suivantes, dans quelle mesure la durée de consultation a été un critère déterminant ? (En %)	49
Fig. 19 : Satisfaction des patients en fonction de la durée de soin reçu (en%).	50
Fig. 20 : Appréciation de l'efficacité du soin reçu en fonction du genre	51
Fig. 21 : Évaluation de la satisfaction suite à une séance en fonction du motif de consultation	52
Fig. 22 : Triptyque de l'EBM (Gedda, 2017) [71].	59
Fig. 23: Triptyque de l'EBP : mise à jour proposée par Pallot et al. (2019).	60

TABLEAUX :

Tableau 1 : Facteurs influençant l'effet non spécifique d'un soin :	17
Tableau 2 : Catégories obtenues suite au tri de la question Q5	34
Tableau 3 : Thèmes obtenus lors du tri de la question ouverte Q8.	35
Tableau 4 : Pratiques « autres » concernant la question Q17	35
Tableau 5 : Autres critères de choix pour la durée de consultation	37
Tableau 6 : Satisfaction des praticiens	38
Tableau 7 : Autres changements de pratique	40
Tableau 8 : Autres raisons de faire évoluer la durée de consultation	41
Tableau 9 : Satisfaction des patients / durée de séance	50
Tableau 10 : Catégorie Socioprofessionnelles (échantillon et INSEE en 2020) en %	54

1. INTRODUCTION

Ce Travail d'Étude et de Recherche (TER) propose une réflexion sur le thème de la durée de consultation en ostéopathie.

Nous verrons tout d'abord dans quel contexte théorique nous pouvons inclure ce sujet. Nous nous intéresserons alors au cadre thérapeutique et aux différents composants du soin.

Il sera ensuite proposé d'établir un **état des lieux des pratiques** actuelles en France ainsi qu'un questionnement annexe sur les modalités et potentielles évolutions de pratique des thérapeutes au sujet de la durée de leurs séances.

Par ailleurs, nous engagerons une **réflexion sur l'incidence que peut avoir la durée de consultation** en ostéopathie sur différents phénomènes.

Nous évoquerons notamment l'influence du temps de soin sur l'**efficacité thérapeutique**. Il sera alors établi une réflexion théorique, étayée par une exploration de la littérature scientifique, qui nous amènera à nous questionner sur la place de l'effet placebo et des **effets contextuels** dans le domaine de l'ostéopathie.

Enfin, nous nous intéresserons aux différentes incidences que la durée de consultation peut avoir du côté des patients consultants en ostéopathie. Nous développerons alors des sujets relatifs au **parcours, à l'expérience et à la satisfaction des patients**.

Nous chercherons alors à répondre aux problématiques exposées par l'établissement d'une **enquête statistique et d'opinion**. Pour cela, un premier questionnaire à destination des ostéopathes sera proposé, ainsi qu'un second à l'attention des patients.

2. CONTEXTE

2.1. Motivations personnelles.

Ce travail de recherche est né de l'envie d'en savoir plus sur la durée de consultation en ostéopathie. Ce thème révèle des possibilités de recherches multiples. Dès le début de mon cursus d'apprentissage, j'ai pu rencontrer des pratiques diverses à ce sujet. La durée d'une séance semble varier de manière importante et ce, suivant des critères flous.

Mes stages d'observations en cabinets d'ostéopathie, mes cliniques pratiques étudiantes ou encore mes différentes activités professionnelles ne m'ont pas apporté de réponses satisfaisantes sur cette interrogation.

Par ailleurs, dans ma pratique de thérapeute manuel au sein de mon cabinet, j'ai été confronté personnellement à des problématiques liées à ce sujet : retards, gestion d'agenda, réflexions négatives et/ou positives de patients.

J'ai également souhaité soulever d'autres problématiques quant à la durée d'une séance en ostéopathie :

- Cela va-t-il impliquer un changement dans l'efficacité de mon soin ?
- Quelle est la vision et le ressenti du patient quant à la durée d'une séance ?
- Va-t-il en prendre compte pour juger l'efficacité d'un soin ?
- Qu'en est-il de la satisfaction des patients à l'égard de cet item ?

J'avais donc déjà engagé une réflexion personnelle à ce sujet qui m'avait amené à modifier mes pratiques sur la base de ces problèmes rencontrés. Il m'a semblé intéressant alors de mêler cela à une démarche scientifique afin de trouver des éléments de réponse à ces questions.

2.2. L'ostéopathie.

2.2.1. Définition.

L'ostéopathie a été créée aux États-Unis dans la seconde moitié du 19^{ème} siècle par Andrew Taylor Still, Médecin de formation.

Cette thérapie est classée dans les Médecines Alternatives Complémentaires (MAC), (Hogedez et Gaudreault, 2019) [1]. Elle peut également être identifiée comme une médecine manuelle non conventionnelle (Barry et Falissard, 2012) [2].

L'ostéopathie est définie de manière différente en fonction des instances et organismes consultés.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne une longue définition en 2010 dans un ouvrage intitulé « *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine* » [3]: « *L'ostéopathie (...) repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir. (...) Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles.* »¹.

Par ailleurs, selon le **Registre des Ostéopathes de France (ROF)**: « *l'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain, susceptibles d'en altérer l'état de santé.* » [5].

Le **ministère français des solidarités et de la santé** donne de son côté la définition suivante : « *L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain. Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique.* » [6].

2.2.2. Différents courants.

Il n'existe pas de classification officielle des multiples courants existants. L'objectif de ce travail n'est pas de diviser ou de classer la profession. Rappelons que tous les praticiens diplômés sont, par définition, « ostéopathes ». Il est donc laissé libre à chacun d'utiliser telle ou telle technique, issue de tel ou tel courant et formation.

Il est tout de même d'usage, au sein de la profession, de distinguer deux grands courants : Les ostéopathes « structurels » et les ostéopathes dits « fonctionnels » [7].

¹ Traduit de l'anglais et tiré du mémoire de fin d'étude d'ostéopathie d'Éric Le Groumellec, « *Analyse des conditions juridiques des pratiques d'un masseur-kinésithérapeute-ostéopathe* », 2019 [4].

La pratique structurelle est couramment apparentée à des actes de manipulations articulaires. La technique la plus connue, est une Manipulation Directe, spécifique, rapide et de faible amplitude (High Velocity Low Amplitude - HVLA), aussi appelée traitement de mobilisation avec impulsion, ou « thrust ». Le bruit de craquement caractéristique qui peut accompagner une manipulation de ce type est lié à un phénomène de cavitation au sein d'une ou plusieurs articulations.

Le praticien fonctionnel utilise d'autres techniques plus lentes. Il peut s'agir par exemple, d'une méthode de traitement indirecte dans laquelle le praticien guide la procédure tout en palpant la zone en dysfonction, de façon à obtenir un feedback continu de la réponse physiologique à ce mouvement induit. Le praticien guide la partie en dysfonction pour créer une diminution de la sensation de résistance tissulaire.

Bien évidemment, il existe une multitude d'autres techniques utilisées par l'un ou l'autre courant. Certains ostéopathes définissent d'ailleurs leur pratique comme **Mixte**.

D'autres courants plus spécifiques et à la marge ne seront pas détaillés ici.

Nous considérerons donc dans ce travail ces trois courants, qui je pense, parlent à tous les praticiens, même si pour certains, cette vision risque d'être réductrice.

2.3. La durée de consultation : Un composant du cadre thérapeutique.

Nous nous intéresserons, dans ce travail, à la durée des séances en ostéopathie. Dans un premier temps, il apparaît donc important de définir et positionner ce thème dans le contexte du soin ostéopathique.

Dans toutes disciplines thérapeutiques, il apparaît que le soin dans son ensemble ne se compose pas uniquement de la technique.

En 2001, Lambert et Barley [8], dans leur article sur les relations thérapeutiques en psychothérapie, montrent que seul 25% des résultats du soin sont dus aux techniques employées. 50% sont dus aux interactions entre le thérapeute et son patient (communication thérapeutique) et enfin 25% du fait du contexte de soin (Fig. 1).

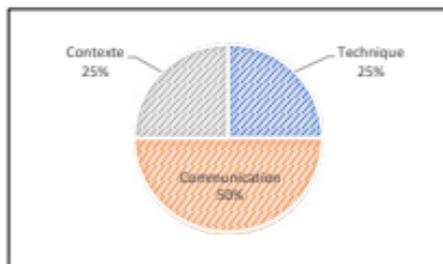


Fig. 1: Efficacité thérapeutique en psychothérapie.

En ostéopathie, tout comme en psychothérapie, le soin est également composé de trois entités distinctes. L'acte technique ou thérapeutique, la communication thérapeutique et le cadre thérapeutique.

Ce dernier nous intéressera particulièrement.

2.3.1. L'acte technique.

Dans le milieu de la santé au sens large, l'acte technique peut aussi être appelé outil thérapeutique ou encore, acte technique. Il dépendra de de la thérapie concernée. Nous pouvons décrire comme exemple d'outils thérapeutiques le médicament, un geste chirurgical, une technique de psychothérapie (hypnose thérapeutique) ou encore un acte manipulatif pour l'ostéopathe.

2.3.2. La communication thérapeutique.

La communication thérapeutique prendrait donc une place majoritaire dans le soin. Nous pouvons la définir comme l'ensemble des interactions entre le patient et le thérapeute en dehors du geste technique.

Ces interactions sont possibles par trois canaux de communications distincts :

- Le verbal (les mots),
- Le para-verbal (la voix : l'intonation, le rythme, etc.),
- Le non verbal (le visuel : mimiques, positions des interlocuteurs, attitudes corporelles etc..).

Il a été montré, d'une manière générale et pas uniquement dans le domaine du soin, que le verbal ne prend qu'une petite part en communication thérapeutique (7%), tandis que le para-verbal et le non verbal représentent respectivement 38 et 55% [9].

D'autres travaux de recherche ont mis en avant l'importance de cette communication [8],[10]. Par exemple, en 1995, une revue de la littérature a eu pour objectif de démontrer si la qualité de la communication médecin-patient avait un effet important sur la santé du patient. Sur les 21 études qui répondaient aux critères d'examen, 16 ont fait état de résultats positifs, 4 de résultats négatifs et 1 n'était pas concluant.

Aussi, Bianvillain nous explique en 2018 [11], dans son travail d'étude et de recherche intitulé, « *Influence des explications données aux patients, lors des séances, sur le résultat du soin* » que « *la qualité de la communication, aussi bien pendant l'interrogatoire, l'examen et durant la mise en place du traitement, joue un rôle sur la santé du patient. [...] Les patients se sentent plus à l'aise et ont un meilleur ressenti de la consultation* ».

Berdat nous éclaire également dans son travail de fin d'étude en ostéopathie en 2019 [12] : « *La communication thérapeutique a pour but de créer ce qu'on va appeler l'alliance thérapeutique. Dans un soin, le thérapeute et son patient doivent tous les deux travailler ensemble [...], pour aboutir aux objectifs du traitement. C'est donc une collaboration. Le soin dépend d'une motivation réciproque, de la confiance et de la coopération entre les différents protagonistes* ».

En conclusion, la communication thérapeutique prend tout son sens et son importance dans le soin et permet l'optimisation du geste technique et l'alliance thérapeutique.

2.3.3. Le cadre thérapeutique.

Le cadre thérapeutique est une notion issue de la pratique psychanalytique. Ce cadre est adapté et appliqué aussi à d'autres thérapeutiques telles que la médecine, la kinésithérapie ou même l'ostéopathie.

Defrance (2013) [13] dans son travail de fin d'étude en ostéopathie nous dit que « *le contexte de prise en charge est primordial dans la relation de soin. Il s'agit de critères précis de fréquence, durée, localisation, rapport contractuel et confidentialité* ».

Autrement dit, nous pouvons y inclure tout ce qui sort de l'interaction technique et communicatif entre le soignant et le soigné. À savoir, et de manière non exhaustive, le temps d'attente avant consultation, la propreté des locaux, le mode de prise de rendez-vous, l'apparence du thérapeute ou encore la durée de la consultation.

Martin (2001) [14] nous expose dans son article « *le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité* » les critères précis qui définissent ce cadre dans la pratique de la psychanalyse :

- 1 – *Fréquence, durée, localisation de l'intervention*
- 2 – *Position des personnes (setting)*
- 3 – *Rapport contractuel (paiement des séances)*
- 4 – *Modalité de l'intervention (essentiellement verbale libre)*
- 5 – *Confidentialité, secret*
- 6 – *La règle d'abstinence (refus de répondre à la place, de se mettre à la place où le patient souhaite mettre l'analyste dans le transfert)*
- 7 – *La règle de neutralité (aucun jugement, aucun conseil, aucune directive) ».*

Ceci est transposable à l'ostéopathie qui, elle aussi, nécessite un cadre pour sa pratique.

Cependant les critères 2, 4, 6 et 7 sont à relativiser dans notre exercice car ils sont spécifiques aux domaines de la psychologie et de la psychanalyse.

Par ailleurs, pour étayer la place que prend la durée des séances au sein du cadre thérapeutique, Potel-Baranes (2010) [15], psychomotricienne et thérapeute en relaxation nous dit : « *Le cadre d'une peinture, c'est ce qui précise les contours, le regard, confirme la profondeur. Le cadre d'une activité quelle qu'elle soit, c'est ce qui définit le lieu et le temps de cette activité. Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* ».

Nous pouvons en conclure que dans toutes thérapies et plus précisément en ostéopathie, la durée de consultation fait partie du cadre thérapeutique.

3. PROBLEMATIQUE

3.1. État des lieux.

Il apparaît intéressant de se questionner sur les pratiques actuelles et donc d'effectuer un état des lieux de la durée de consultation que proposent les ostéopathes français.

Pour cela nous pouvons y intégrer plusieurs items afin de mieux comprendre les raisons et les facteurs influençant le praticien dans son organisation vis-à-vis de la durée de consultation.

3.1.1. La durée de consultation en ostéopathie.

La littérature scientifique n'apporte pas d'élément de réponse à ce sujet. Il n'existe également pas à ma connaissance d'état des lieux des pratiques en France.

En revanche, certains articles donnent un ordre d'idée de la durée des séances de manière descriptive lors d'études portant sur d'autres sujets. Par exemple, l'étude menée en 2015 en Nouvelle-Zélande par Roots et al. [16], relève des séances d'une durée comprise entre **25 et 42 minutes**.

Par ailleurs, sur internet, Barral, enseignant ostéopathe, explique que le traitement idéal peut durer « **26 minutes**. 1 minute pour le diagnostic – 25 minutes de traitement » [17].

D'autres sites internet de thérapeutes, ou d'autres blogs nous expliquent que la durée d'une séance est de l'ordre de 45 minutes, nous retrouvons aussi des fourchettes de 30 minutes à **1 heure** [18]–[20].

Cet état des lieux permettra également de différencier le type de séance. En effet, qu'il s'agisse d'une première séance avec un nouveau patient ou bien d'une séance de suivi (2^{ème} ou 3^{ème} séance pour compléter un traitement), le temps nécessaire pourrait être différent. Certains thérapeutes ne font peut-être pas de distinction.

Enfin, nous allons essayer de différencier les types d'exercices. En effet, par simple observation empirique lors de stage ou encore dans mon activité professionnelle dans divers cabinets, j'ai pu remarquer qu'un ostéopathe dit « fonctionnel » semble consulter sur des séances entre 45 minutes et 1 heure tandis qu'un ostéopathe dit « structurel » de 20 à 45 minutes. Qu'en est-il pour les activités dites « mixtes » ?

3.1.2 Cadre réglementaire, recommandation de bonnes pratiques.

Dans cette partie nous allons nous intéresser à l'aspect réglementaire. Il est en effet intéressant de se demander s'il existe un texte, un cadre officiel ou encore une charte de bonnes pratiques régissant la durée d'une consultation en ostéopathie. Nous développerons d'abord cela concernant deux autres professions manuelles réglementées en France.

- **Masso-kinésithérapie :**

Il apparaît qu'une séance de kinésithérapie est « **de l'ordre de 30 minutes** ». Ce temps alloué pour un traitement de kinésithérapie est inscrit dans la convention avec la Sécurité Sociale que tout kinésithérapeute conventionné en France signe lors de son enregistrement [21]. En revanche, aucune recommandation n'est apportée par le code de déontologie du Conseil National des Masseur-kinésithérapeutes (CNOMK) [22].

Le choix de la durée d'une séance de kinésithérapie n'est donc pas laissé uniquement à la seule appréciation du praticien mais est bien régit par le cadre conventionnel des kinésithérapeutes. Néanmoins, le terme « de l'ordre de » 30 minutes nuance cette obligation.

Le kinésithérapeute a donc la possibilité de moduler sa durée de consultation en fonction de ses habitudes de pratiques, des pathologies à traiter, des actes techniques réalisés ou encore s'il s'agit de consultations de groupes ou individuelles. Mais il semble exister une « marge de manœuvre » faible, liée aux obligations conventionnelles.

- **Chiropraxie :**

La durée des consultations de chiropraxie semble être comprise entre **15 et 30 minutes**. Une première consultation sera souvent un peu plus longue (45 minutes). Un point à noter est ensuite le nombre de séances nécessaires au traitement. On parle alors de 4 à 6 séances consécutives [23], [24].

Une association représente la profession actuellement en France : L'Association Française de Chiropraxie (AFC). Elle propose un code de déontologie mais qui n'évoque pas de cadre ou de recommandation concernant la durée des séances [25].

Le praticien fixe donc lui-même ses modalités de pratique et il ne semble pas exister une grande diversité de pratique.

- **L'ostéopathie :**

S'agissant de l'ostéopathie, il apparaît qu'il n'existe pas de cadre juridique, de convention ou de charte de bonnes pratiques stipulant la durée des séances.

Différentes associations représentatives des ostéopathes en France mettent à disposition de leurs adhérents une charte de bonnes pratiques mais qui n'évoque pas la durée de consultation [26]–[28]. Cependant, elles émettent des recommandations quant à d'autres éléments du cadre thérapeutique (locaux, propreté, accueil du patient, mode de règlement).

De même, un code de déontologie a été créé en 2014 et signé par 5 syndicats d'ostéopathes (*L'Association Française d'Ostéopathie - AFO, La Chambre des Ostéopathes, Le Registre des Ostéopathes de France - ROF, Le Syndicat National des Ostéopathes Français et les Ostéopathes de France*). Il n'évoque pas la durée de consultation [29].

Le praticien fixe donc lui-même la durée de ses consultations sans se baser sur un quelconque texte.

3.1.3. Critères de choix et évolutions des pratiques vis-à-vis de la durée de consultation.

Nous avons vu précédemment qu'il n'existait pas de cadre réglementaire ou de recommandations spécifiques sur la durée des consultations ostéopathiques.

Alors, nous pouvons nous demander selon quels critères les thérapeutes choisissent la durée de leurs séances ?

Dans les instituts de formation, les étudiants pratiquent et sont évalués lors de cliniques sous la supervision d'enseignants. Ces cliniques durent un certain temps et commencent donc à donner de l'expérience pratique aux futurs praticiens. Cette expérience clinique lors de l'apprentissage pourrait constituer un des critères de choix pour leur organisation future.

Par ailleurs, toujours lors du cursus d'apprentissage, les étudiants ont l'obligation d'effectuer un certain nombre d'heures de stage d'observation chez des ostéopathes diplômés depuis plus de 5 ans. À cette occasion, ils observent différentes pratiques et peuvent se faire, à terme, une idée de leur modalité de pratique future [30].

Enfin, lors de l'apprentissage et de manière plus théorique, les enseignants peuvent éventuellement suggérer une durée de séance type. Cela en accord avec leur type de pratique technique, ainsi que leur fondamental théorique (écoles structurelles, fonctionnelles, mixtes).

Nous allons également essayer de savoir si certains thérapeutes ont fait évoluer leur pratique vis-à-vis de la durée de consultation et si oui, pour quelles raisons.

3.2. Incidence de la durée de consultation sur l'efficacité d'un soin ostéopathique.

Un traitement thérapeutique, qu'il soit manipulatif, médicamenteux ou d'une autre nature, semble avoir deux effets thérapeutiques distincts :

- L'effet spécifique,
- L'effet non spécifique.

Nous ne développerons pas le premier qui est intrinsèque à la thérapie proposée (acte technique, chimie du médicament, etc....). Nous allons ici chercher à savoir si la durée de consultation, qui fait partie du cadre thérapeutique, peut influencer l'effet non spécifique d'un traitement.

3.2.1. Apports théoriques : Notion de placebo et d'effet contextuel.

● **Définition :**

Le mot « placebo », du latin « je plairai » fait sa première apparition dans le domaine médical au XVIII^e siècle. William Cullen, un médecin britannique, explique dans un écrit de 1772, avoir donné à un patient incurable un traitement allégé qu'il nomme alors « placebo ». L'objectif de Cullen était de **faire plaisir** au patient et d'améliorer son confort [31].

Le terme « placebo » a traditionnellement une image négative, impliquant par exemple une intervention inerte sans effet thérapeutique. Cela est nourri par une confusion liée au double emploi du mot « placebo ».

D'abord, il y a ce que l'on appelle le « **groupe placebo** » qui correspond à un groupe témoin ou contrôle dans les études scientifiques. Les participants reçoivent alors un « faux » traitement.

Par ailleurs, l'« **effet placebo** » constitue un des multiples effets attribuables à une thérapie. C'est un réel phénomène psychobiologique dans lequel le cerveau est actif et anticipe un bénéfice clinique. Dans cette conceptualisation, un tel effet peut apparaître suite à un traitement factice mais aussi à un traitement normal. L'effet placebo peut induire de véritables effets cliniques observables chez le patient comme la sédation de la douleur.

Ce processus est modulé suivant les éléments extérieurs perçus et décodés par le patient mais aussi par ses attentes (voir paragraphe suivant : *facteurs influençant l'effet placebo*, p15.). Il est donc en étroite relation avec le contexte thérapeutique global [32], [33].

L'effet placebo n'est donc pas uniquement « l'effet observé dans un groupe placebo », ou « dans la tête du patient », ou bien encore ce qui se produit « suite à l'administration d'un faux traitement ».

Certains auteurs ont même souhaité changer de dénomination pour éviter de telles confusions sémantiques. Ils proposent tout simplement d'utiliser le terme d'« **effets contextuels** » ou encore d'« **effets non spécifiques** ».

Nous conviendrons alors que, l'effet placebo, l'effet contextuel ou encore l'effet non spécifique d'un traitement, sont des notions identiques (synonymes).

- **Les facteurs influençant l'effet placebo :**

Fabre, ostéopathe, détaille, dans un blog qui traite de la gestion de la douleur en thérapie manuelle [34], les facteurs pouvant influencer l'effet non spécifique d'un soin. Il reprend et traduit les résultats d'un article de Testa et Rossetini (2016), [35], (Tableau 1).

Tableau 1 : Facteurs influençant l'effet non spécifique d'un soin :	
L'image du thérapeute	Diplôme du praticien, expertise du praticien, façon de s'habiller, la réputation . Par exemple, la blouse du thérapeute. Certains diront qu'elle crée un environnement professionnel et de confiance, d'autres qu'elle risque d'engendrer une « distance » préjudiciable à la relation « soignant-soigné ».
Comportements et croyances du praticien	L' enthousiasme et l' optimisme du praticien. Les patients apprécient les thérapeutes qui encouragent à poser des questions et qui répondent clairement concernant le pronostic et le traitement.
Les attentes, les préférences et les expériences passées du patient	Par exemple, l'attente principale des patients en activité souffrant de lombalgie est l'amélioration fonctionnelle, alors que pour les patients en arrêt de travail, c'est de reprendre leur exercice professionnel. Bien évidemment, la cessation des douleurs constitue une attente commune dans ces deux situations. Ensuite, tous les patients attendent aussi d'être pris au sérieux et d'être respectés et écoutés . Ils souhaitent également avoir un diagnostic précis expliqué avec confiance et d'être accompagnés et pris en charge avec des bons conseils [36].

L'interaction patient / praticien	Le mode de communication influe sur l'effet placebo. C'est la communication thérapeutique . Une écoute active, un temps d'écoute plus long , encourager le patient, utiliser un vocabulaire adapté (communication verbale). La communication non verbale a aussi son importance (geste, posture, expression faciale).
Organisation et environnement	La ponctualité, l'ambiance du cabinet (sons, odeurs, couleurs, plantes, œuvres d'art...), la durée des consultations .

Le dernier facteur (organisationnel et environnemental) s'apparente au **cadre thérapeutique** que nous avons détaillé précédemment.

Tous ces facteurs permettent aussi de créer ce que l'on appelle **l'alliance thérapeutique**. Dans un contexte clinique particulier peut alors se créer une alchimie entre le contexte psychosocial du patient et le contexte psychosocial du praticien [12],[37].

Nous pouvons conclure par analogie que la durée de consultation peut très probablement influencer l'effet placebo (ou contextuel) d'une thérapie. Cela sera précisé dans le prochain chapitre (*Mesure de l'effet contextuel et spécificité de la durée de consultation, p17*).

- **Recherche et effet placebo :**

Afin de mesurer la part du contexte lors des soins, un nouveau type de protocole d'essai clinique a été mis au point : les études « **open-hidden** » (« ouvert – caché ») [31]. Morral et al. proposent notamment ce modèle dans une étude de 2017 [38].

Deux groupes de patients sont alors comparés. Le même traitement leur est proposé. Le premier groupe dit « **open** » est **informé précisément du soin**. Le second groupe dit « **hidden** » est uniquement mis au courant qu'**un traitement pourrait leur être administré**. Finalement, pour le groupe « Hidden », le médicament est bien injecté mais de manière imperceptible via une machine. Grâce à cela, seule leur perception change et non l'action spécifique thérapeutique : **le contexte** est donc différent.

Lors d'essais thérapeutiques, quatre groupes peuvent alors être constitués :

- Un groupe avec « vrai traitement » (verum) et avec explication (ouvert),
- Un groupe avec « vrai » traitement mais caché,
- Un groupe avec traitement factice,
- Un groupe sans traitement.

Les chercheurs peuvent alors observer les résultats dus spécifiquement au traitement, ceux dus au contexte thérapeutique et ceux qui se produisent naturellement dans toute participation à un essai clinique (Fig. 2).

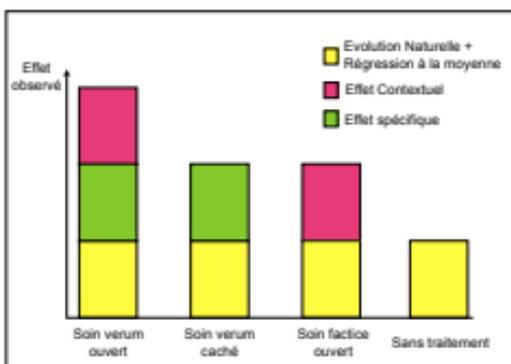


Fig. 2 : Facteurs d'amélioration de l'état de santé des patients à l'échelle d'un individu en fonction du type de soin produit (Selon Virot, 2013, [31]).

Ces études « *open-hidden* » permettent donc d'observer que **le contexte a une incidence sur l'efficacité des traitements.**

3.2.2. Mesure de l'effet contextuel et spécificité de la durée de consultation.

La première mesure de l'effet placebo date d'un article de Beecher en 1955. Il étudia plus de 1000 patients sur 15 études différentes, tous symptômes confondus et estima l'effet du placebo à environ 35% [39].

Par ailleurs, Zou et al. en 2016 [40], ont mesuré l'efficacité de plusieurs traitements contre la douleur chez les patients présentant de l'arthrose de genou. Il apparaît que tout traitement confondu (AINS, paracétamol, corticoïdes, lavage, acupuncture, injections...), les **effets contextuels** étaient responsables de **75% de l'efficacité du traitement** (Fig. 3).

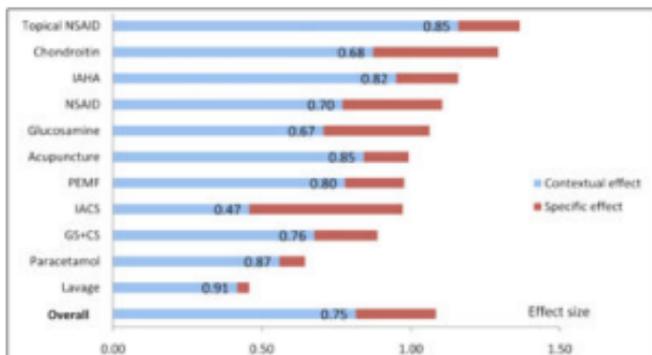


Fig. 3 : Part de l'effet contextuel en fonction du traitement dans la prise en charge d'arthrose de genou. Selon Zou et Al., 2016 [40].

Par ailleurs, la méta-analyse de Menke en 2014 s'intéressant à la prise en charge de la douleur en thérapie manuelle, montre que les effets contextuels sont responsables de 66% de la variation de la douleur chez les patients présentant une douleur chronique et 81% de la variation de la douleur chez les patients présentant une douleur aiguë [41].

Transposé à nos consultations, on comprend bien que l'effet spécifique du traitement ostéopathique est potentiellement minime comparé aux effets non spécifiques.

Malheureusement, à ce jour et à ma connaissance, il n'existe pas d'étude qui mesure de manière spécifique l'incidence de la durée de consultation sur l'effet contextuel d'un soin et donc sur son efficacité.

Pour obtenir d'autres éléments de réponse reprenons nos parallèles avec la psychothérapie.

D'après Delourme (2003) [42], docteur en psychologie, « *Le cadre thérapeutique délimite un espace-temps distinct de celui de la vie quotidienne* ».

Il explique ici que le simple fait de prendre du temps avec son patient permettrait d'optimiser l'efficacité de la séance. En d'autres termes, le temps que prend le patient en sortant de sa routine quotidienne pour venir se soigner, aurait déjà un effet positif sur le soin.

Pour d'autres auteurs comme Martin (2001) [14], il existerait même des effets néfastes à soigner un patient dans un cadre non judicieux. Il spécifie dans son article « *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité* », qu'en psychothérapie le cadre thérapeutique peut se retrouver menacé. Il nous dit que « *Le cadre thérapeutique, [...] carcan rigide ou garde-fou nécessaire, support ou moteur de l'intervention, dispositif concret ou représentation*

intériorisée chez l'intervenant, aspect particulier de la déontologie ou élément fondamental, [...] est attaqué, ou pire, oublié. Par la négligence de sa nécessité au sein d'une réalité de plus en plus intrusive dans les cabinets et bureaux de consultation [...], on dira que l'aléatoire s'introduit dans la mise en place de l'intervention ».

On en conclut que la négligence de mise en place du cadre, qu'un mauvais choix de temps de soin rendrait la consultation « bancal ». Elle ne serait alors pas assise sur des bases solides. Par analogie, la durée d'une séance en ostéopathie pourrait voir son efficacité menacée ou diminuée par un temps de séance non approprié. On parlerait alors d'effet « nocebo »².

3.2.3. Conclusion et point de vue des thérapeutes.

En conclusion, nous pouvons citer Bema et al. dans leur article de 2011 [43]: *« L'effet placebo illustre la complexité des interactions entre mécanismes psychologiques et neurobiologiques (...) l'effet placebo est un outil thérapeutique important quand il accroît l'efficacité d'un traitement spécifique. Le clinicien doit savoir se servir de ce puissant levier qui mobilise les ressources internes du patient pour accroître l'efficacité du traitement qu'il prescrit. Ceci passe par une bonne connaissance des attentes et des expériences antérieures du patient ».*

Il semble établi que la durée de consultation en ostéopathie, qui fait partie intégrante du cadre thérapeutique, pourrait moduler l'effet contextuel d'un soin (effet placebo). L'effet placebo serait dépendant des attentes du patient, de ses croyances et de son expérience.

Cette influence de la durée de consultation sur l'efficacité du soin ostéopathique est très intéressante et soulève d'autres questions et interrogations. Ce sujet pourrait faire l'objet d'un travail de recherche à lui tout seul. Volontairement, je ne creuserai pas dans ce sens. En effet, cela devrait impliquer un travail différent et nécessiterait un protocole de recherche clinique afin d'objectiver l'influence (positive ou négative) de la durée de la séance sur l'efficacité d'un soin ostéopathique.

La réflexion théorique développée précédemment nous servira alors de support pour nous questionner sur les connaissances des praticiens au sujet des items suivants : le cadre thérapeutique, l'alliance thérapeutique, l'effet placebo et les effets contextuels.

² L'effet « nocebo » (du latin « je nuirai ») peut être défini comme l'inverse du placebo : cela représente l'apparition d'effets indésirables imputables au contexte du soin et non au traitement lui-même [31].

3.3. Incidence de la durée de consultation sur le parcours et la satisfaction des patients.

Nous nous demandons ici si le patient est sensible à la durée de consultation en ostéopathie, et ce, dans trois situations :

D'abord, dans le choix de ce type de thérapie au sein de l'offre de soin. En d'autres termes, la durée de consultation constitue-t-elle un critère d'attrait de cette profession ?

Puis, dans le choix du thérapeute au sein de l'offre ostéopathique. La durée de consultation est-elle importante pour le patient quand il s'agit de sélectionner son ostéopathe ?

Enfin, on se demandera si les patients y sont sensibles lors de l'évaluation de leur satisfaction après une séance ?

3.3.1. La durée de consultation : Critère d'attrait de l'ostéopathie ?

Les patients sont de plus en plus nombreux à se tourner vers les Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) et notamment vers l'ostéopathie. À ce jour, 42,6% de patients ont eu recours aux MAC (Hogedez et Gaudreault, 2019) [1].

Pour expliquer cela, il est intéressant de se demander quelles sont les raisons qui poussent les patients à se tourner vers ce type de soin et donc de savoir si la durée de consultation en fait partie.

La littérature nous apporte quelques réponses. Ainsi, Jaquemart et Schroeder (2017) [44], dans leur thèse « *Déterminants du recours à l'ostéopathie en première intention : enquête auprès de la patientèle d'ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées* », relèvent le fait qu'une **prise en charge plus longue** qu'en médecine générale est un critère qui amène les patients à consulter en ostéopathie. Cependant, ce critère se place en 5^{ème} position dans leur étude tandis que le critère principal pour les patients serait le fait que cette thérapie propose une **approche globale**. On retrouve ensuite la recherche d'une **solution naturelle**, manuelle et sans médicament.

Dans le même sens, un rapport publié par le ministère de la santé Belge fait un état des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique (De Gendt et al., 2010) [45]. Nous apprenons que les patients se tournent vers l'ostéopathie notamment pour le **sentiment de bien-être** que la séance produit et la **confiance** envers le praticien. De son côté, la chiropraxie est principalement attrayante pour son **efficacité** et sa **rapidité**. L'utilisateur de l'ostéopathie apprécie une durée de consultation généralement supérieur à 30 minutes (jusqu'à 1h30) alors que l'utilisateur de la chiropraxie recherche un temps de séance courte.

Dans les entretiens menés lors de l'enquête, un usager dit en effet apprécier le fait qu'il « n'y a pas de perte de temps » en chiropraxie.

Une notion me semble importante à relever dans cette même enquête. L'attrait de la chiropraxie semble également relever de la possibilité pour le patient de revenir pour « un service après-vente ». Cela correspond à une ou deux séances supplémentaires, d'une durée inférieure à 10 minutes, sans surcoût et qui permettrait de reprendre ou ajuster le traitement proposé lors de la première séance.

Les auteurs relèvent en revanche un biais aux séances rapides que proposent le chiropraticien ou certains ostéopathes. En effet, ils expliquent que « la rapidité de la consultation signifie également que la communication entre praticiens et usagers se limite aux aspects essentiels ». Lors des entretiens, les patients déclarent : « *La séance, elle dure trois minutes... alors que chez l'ostéopathe, la séance dure une heure : c'est beaucoup plus doux, il masse, il va regarder sur le long terme...* », « *Je pense aussi qu'une raison d'aller chez le chiropracteur plutôt que chez un kinésithérapeute ou un ostéopathe est la rapidité. Un kiné va masser là où il y a un blocage. Un chiropracteur va être beaucoup plus rapide. Cela semble plus efficace...* » ou encore « *L'avantage d'un chiropracteur, c'est que le traitement ne dure pas longtemps. Dix minutes peut-être...* ».

Ces deux dernières citations révèlent aussi la possibilité que, selon certains patients, un soin rapide pourrait être connoté comme efficace.

3.3.2 La durée de consultation : Critère de sélection d'un ostéopathe ?

Cette question se fonde en partie avec la précédente. Nous pouvons comprendre qu'un patient ayant recouru à l'ostéopathie pour les raisons précédemment citées aura tendance à utiliser les mêmes critères pour sélectionner son thérapeute. Rentre également en compte dans cette réflexion les attentes des patients lors d'une consultation ostéopathique.

Dans l'enquête, « *Les critères du (de la) patient(e) pour sélectionner son ostéopathe* » proposée par Guinot et al. (2018) [46] et effectuée auprès de 278 répondants Belges francophones, l'item précis de durée ou de temps de consultation n'est pas proposé par le questionnaire. Les patients font ressortir principalement la recherche d'une **relation de confiance** et de **compétences** de la part du thérapeute. L'envie d'**explications** ainsi qu'un ostéopathe disponible est également important dans la sélection du thérapeute par le patient. Le critère d'**écoute** est enfin non négligeable dans les résultats de leur enquête même si placé en 6^{ème} position.

Implicite et par analogie nous pouvons donc nous dire que ces trois derniers items (explication, disponibilité et écoute) nécessitent que le praticien prenne son temps avec le patient. Dans ce dernier article, lors d'entretiens croisés, un patient dit : « **il prend du temps pour m'expliquer** ». Il précise également que cela fait partie de ses critères de choix de son praticien.

Il est intéressant de noter que les patients, de manière générale, sont en demande de plus d'écoute dans leurs relations avec les acteurs de santé. Cela est par exemple mentionné dans le livre « Docteur, Écoutez ! », publié en 2016 par Revah-Levy et Vermeuil [47]. Elles expliquent notamment que l'écoute est « *une unité élémentaire du soin* » et que les patients se plaignent d'un manque de temps avec leur médecin généraliste. Il est aussi indiqué qu'en moyenne les patients sont coupés lors de l'interrogatoire d'une consultation initiale en médecine au bout de 23 secondes.

Une étude de 2013, s'intéressant aux attentes des patients lors d'un soin ostéopathique et menée par Leach et al. au Royaume-Uni auprès de 1649 répondants, conforte les études précédemment citées [48].

Ainsi, nous apprenons que les 4 premières attentes sont :

- Pouvoir **poser des questions**,
- L'**écoute** du thérapeute,
- Être traité avec **respect**,
- Les **explications** du thérapeute.

L'item en lien avec le temps de soin apparaît en 24^{ème} position sur 32 et est proposé avec cette phrase « **J'espère que la consultation durera au moins 30 minutes** ».

En 2016, un sondage commandé à l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) par l'association « Ostéopathes de France » cherche à analyser l'image qu'ont les français sur l'ostéopathie [49]. Il en ressort dans une question demandant de qualifier le terme d'ostéopathe, qu'une part non négligeable des Français (15 pourcents des répondants) associe spontanément les notions de « **douceur** », de « **méthode naturelle** » et de « **bien-être** » pour parler du travail des ostéopathes. Dans ce sondage, aucune référence à la durée de consultation ou à la recherche de temps par le patient dans ce type de thérapie n'est évoquée. En revanche, il est à noter que **87%** des Français disent voir les ostéopathes comme des professionnels dans lesquels ils ont **confiance**. Cela conforte le résultat des études précédentes dans les critères d'attraits et de sélection d'un ostéopathe.

Par ailleurs, l'absence du critère de durée dans l'enquête de Guinot et al. et dans le sondage de L'IFOP, peut nous faire réfléchir sur le fait que, spontanément, les patients n'évoquent pas le temps de soin si l'on ne leur propose pas directement en item dans un questionnaire.

3.3.3. La durée de consultation : influence-t-elle la satisfaction du patient ?

La satisfaction du patient au sujet du soin ostéopathique peut-elle être influencée par sa durée ?

- **Précisions théoriques :**

La **satisfaction** peut se définir traditionnellement comme la rencontre entre les attentes d'un individu sur un sujet et sa réalisation. Le concept tient ses racines dans le marketing et il sera mesurable alors suivants différents critères spécifiques au domaine étudié.

Adapté à la santé, il consiste alors à mesurer la façon dont les soins ou les services répondent aux **attentes du patient**. Saal et al. (2006) [50] expliquent à ce sujet que toute approche scientifique liée à la satisfaction doit prendre en compte les aspects culturels, sociodémographiques, cognitifs et affectifs des patients.

Lam et al. (2019) [51] précisent de leur côté, dans une revue systématique s'intéressant à ce thème en ostéopathie, que la Satisfaction Patient (SP) est un jugement de valeur personnel et subjectif, faisant intervenir les souhaits et les sentiments des patients suite à une expérience thérapeutique.

L'expérience thérapeutique ou Expérience Patient (EP) est alors définie comme l'ensemble des éléments et événements objectifs et observables. Cela inclut par exemple l'obtention de soins de qualité, la prise de rendez-vous en temps opportun, l'accès facile à l'information, la bonne communication avec le prestataire de soin ou encore le confort de l'accueil dans un établissement de santé.

Rapportée au sujet de ce travail, l'EP peut correspondre au temps que passe l'ostéopathe avec son patient. Cela est mesurable objectivement. C'est la durée de consultation. La SP, de son côté, se concentre sur la question de savoir si le patient est satisfait du temps passé avec son praticien.

- **En médecine :**

Cette question semble intéresser la recherche depuis de nombreuses années en médecine.

En 1983, Morrell et al. [52], nous expliquent dans leur article « *The "five minute" consultation : effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction* » que les patients

seraient plus satisfaits d'une consultation en médecine générale de 7,5 ou 10 minutes contre une consultation de 5 minutes. En revanche, ils ne notent **pas d'incidence du temps de consultation sur l'état de santé des patients**. Ils émettent l'hypothèse que ce sentiment de satisfaction est principalement dû à la possibilité d'exprimer plus longuement leurs plaintes.

Toujours dans le domaine de la médecine, Ogden et al. s'intéressent en 2004 au même sujet dans un article au titre évocateur : « *I want more time with my doctor* » : *a quantitative study of time and the consultation* » [53]. Il ressort de cette étude que lorsque les patients sont insatisfaits du soin reçu, ils ont également trouvé que c'était trop court. À l'inverse, pour un contenu satisfaisant, la durée de consultation semble avoir moins d'importance. Les auteurs notent donc que les patients ont tendance à privilégier le **contenu de la séance** et qu'ils font part d'un **désir d'utiliser le temps différemment** plutôt que d'en avoir plus. Les auteurs utilisent d'ailleurs le terme de « *satisfaction émotionnelle* » des patients par rapport au soin reçu. Ils ne notent en revanche pas de corrélation entre la durée de consultation et la qualité d'osculation et d'explications fournies par le praticien.

En s'éloignant un peu du sujet, il est intéressant de noter également dans cette dernière étude que les patients ont en moyenne une estimation erronée du temps passé en consultation. Ils pensent majoritairement avoir bénéficié d'une séance plus courte.

L'étude de Dugdale et al. (1999) [54], « *Time and the patient-physician relationship* », va également dans le sens des deux études précédentes. Celle-ci analyse l'incidence du temps de consultation en médecine sur la satisfaction des patients mais aussi sur la gestion des patients chroniques, sur le taux de prescriptions médicales, sur le risque de fautes professionnelles ainsi que sur la satisfaction des médecins. Ils réfléchissent également à une durée de consultation idéale. Il en ressort par exemple qu'au-delà de 3 à 4 consultations par heure, la satisfaction des patients est en nette baisse.

Enfin, une étude menée en 2015, dans le domaine de la chirurgie orthopédique de la main aux États-Unis par Teunis et al. [55], ne relève pas de lien entre satisfaction du patient et durée de consultation. En revanche, ils notent une incidence du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec la satisfaction du patient. Cela pourrait s'expliquer par la nature de la thérapie concernée qui est une médecine « technicienne » avant tout.

- **En ostéopathie :**

Qu'en est-il dans le domaine de l'ostéopathie ? Il n'existe pas d'étude dans la littérature scientifique sur le lien direct entre durée de consultation et satisfaction du patient. Nous retrouvons en revanche, divers écrits traitant de la satisfaction des patients ayant consulté en ostéopathie.

Une étude Australienne, menée en 2019 par Vaughan et al. au sein d'une clinique étudiante ostéopathe, cherche à mesurer la satisfaction de patients après leur séance [56].

On note une **corrélation entre le fait d'être insatisfait du soin reçu et un temps de séance jugé trop court** par le patient. Nous n'avons cependant pas accès à l'information relative au temps de consultation pour essayer de comprendre à partir de quelle durée, le patient juge que c'est trop court. Les auteurs ont également pu identifier un lien entre la satisfaction du temps passé avec le praticien et le fait qu'ils aient apprécié la communication et le sentiment de respect qu'ils ressentent.

Ces mêmes résultats sont retrouvés par Gross et al. dans une étude de 1998 intitulée « *Patient satisfaction with time spent with their physician* » [57]. Les auteurs ont ici analysé la satisfaction des patients suite à 2315 consultations dans l'Ohio (États-Unis). Les patients semblent également apprécier le fait de pouvoir **échanger plus longtemps** avec leur thérapeute.

Il en est de même dans l'enquête qualitative menée par Cross et al. (2015) [58] au sujet des attentes des patients en ostéopathie. Ils ont confirmé que les participants sont attachés à la durée de consultation. À la fois pour le **rapport qualité-prix** et le temps consacré à l'éducation thérapeutique. Ils apprécient les **explications** sur leurs symptômes et la gestion compétente de leur problématique. Nous pouvons citer un patient interrogé lors des entretiens : « *En une séance d'une demi-heure environ, il a le temps de tout expliquer, quand le médecin de son côté n'a pas le temps.* ».

En conclusion, dans le domaine de l'ostéopathie et pour rejoindre l'étude précédemment citée d'Ogden et al. en médecine, les patients semblent privilégier le contenu de la séance. À savoir, la façon dont le temps est utilisé plutôt que d'en recevoir plus. Ils semblent évoquer l'importance de la durée de consultation uniquement si on leur demande et sont partagés entre un désir d'écoute, de respect, d'explications et celui d'avoir été traité efficacement.

3.4. Résumé de la problématique.

Le sujet de la durée de consultation en ostéopathie soulève donc plusieurs questions intéressantes à explorer. Le schéma suivant propose donc un résumé des différents axes de la problématique de ce TER (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) :

- État des lieux,
- Incidence sur l'efficacité thérapeutique,
- Incidence sur le parcours et l'expérience patient.

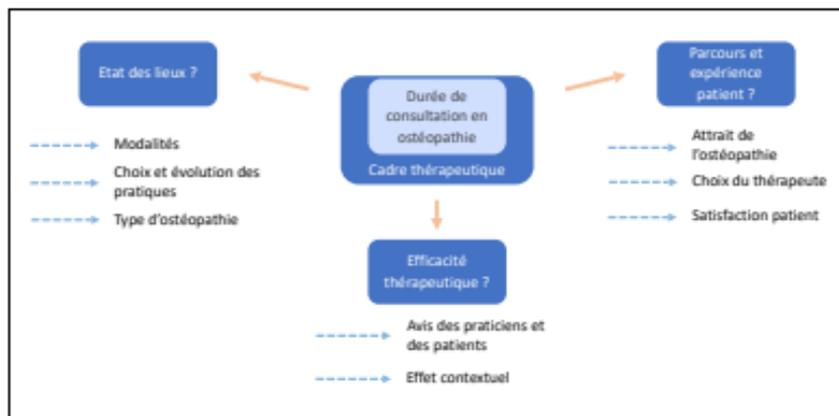


Fig. 4 : Schéma proposant un résumé de la problématique de ce TER.

4. HYPOTHESE

D'abord concernant l'état des lieux. Il semble exister une grande diversité de pratiques et nous devrions retrouver cela après analyse des résultats de l'enquête. Il apparaîtra également peut-être qu'une part importante de praticiens n'auront pas la même durée de séance qu'il s'agisse d'une séance initiale ou d'une séance de suivi. Les diversités de pratiques devraient pouvoir également être expliquées par le type d'exercice. À savoir qu'un ostéopathe « fonctionnel » reçoit ses patients sur un temps supérieur à 45 minutes alors qu'un ostéopathe dit « structurel » sur des séances de moins de 45 minutes.

Par ailleurs, concernant les éléments qui nous amènent à penser que la durée de consultation en ostéopathie influe sur l'efficacité thérapeutique, il sera probable qu'une part importante des praticiens ostéopathes ne soit pas au courant des effets précédemment exposés (cadre thérapeutique, effet placebo, effet contextuel). Nous pouvons également émettre l'hypothèse que les praticiens pensent que la durée de consultation n'influence pas l'efficacité de leurs soins ainsi que la satisfaction du patient.

Enfin, au sujet des patients et des questions exposées précédemment, notre questionnaire devrait confirmer les données recueillies dans la littérature. À savoir qu'une majorité serait attachée à la durée de consultation et ce, qu'il s'agisse de leur parcours de soin (raison de consulter en ostéopathie et choix du thérapeute), de leur expérience ou de leur satisfaction à l'égard du soin reçu.

5. MATERIEL ET METHODE

5.1. Matériel.

Pour répondre aux problématiques exposées précédemment, deux questionnaires seront élaborés. L'un à destination des thérapeutes et le second des patients. Les deux questionnaires vont permettre une enquête quantitative et qualitative à des fins statistiques [59].

5.1.1. Population cible.

La méthode de l'échantillonnage est utilisée. C'est une technique de sélection de la population cible. Également appelée la méthode de recrutement « des quotas » [60].

Elle consiste à reproduire une « maquette », de la population cible : c'est l'échantillon.

Si certains critères (âge, sexe, catégories socio-professionnelles) sont proches ou identiques de la population cible, alors, l'échantillon pourra être qualifié de représentatif.

- Questionnaire « thérapeute » :

Ce questionnaire s'adresse à tous les ostéopathes D.O. exerçant en France et ayant au moins une partie de leur activité en cabinet.

- Questionnaire « patient » :

Ce questionnaire est à destination de toute la population française de plus de 18 ans qui a déjà consulté en ostéopathie.

5.1.2. Élaboration des questions.

Les questions seront principalement fermées, à choix binaires (Oui / Non) ou à choix multiples.

Un nombre limité de questions seront ouvertes et ce, de deux manières différentes :

- Une réponse « autre » ouverte sera ajoutée à une question à choix multiple. Cela permettra au participant de donner sa propre réponse si les propositions ne lui conviennent pas.
- Question ouverte à réponse courte unique. Ce format de question permettra un complément « qualitatif » intéressant à l'enquête.

L'échelle dite de « Likert » sera utilisée afin que le participant évalue un sentiment, une affirmation ou donne son avis. Les propositions seront nuancées verbalement de manière codifiée (totalement, plutôt, pas du tout, très, etc..) ou graduées numériquement (de 1 à 10).

Toutes les questions proposant cette échelle seront volontairement construites de façon paire. Cela afin d'éviter que le répondant ne se « réfugie » sur une proposition neutre qui ne serait pas exploitable. Cela « l'induit » à se positionner clairement sur la question.

5.1.3. Questionnaire « thérapeute ».

Le questionnaire détaillé est disponible en Annexe (Annexe I).

- **Q1 à Q5 : Durée des consultations (Agenda, intérêt, satisfaction et critères de choix) :**

- Q1 et Q2 : Il est ici demandé aux ostéopathes d'indiquer la durée de leur séance (correspondant à l'agenda). Cela pour les premières consultations (nouveau patient ou nouveau motif) et pour celles de suivi.
- Q3 : D'une manière générale, vous êtes-vous déjà questionné sur la durée de consultation en ostéopathie ?

Cette question permet de connaître l'intérêt général des participants sur le thème de ce travail.

- Q4 : S'agissant de la durée de vos consultations : Êtes-vous satisfait de votre organisation actuelle ?
- Q5 : Critères de choix qui ont orienté les thérapeutes à s'organiser ainsi.

- **Q6 à Q8 : Évolution des pratiques :**

- Q6 : C'est une question « tri », elle permet de passer cette partie du questionnaire si l'ostéopathe n'a pas fait évoluer sa pratique concernant la durée de ses consultations.
- Q7 et Q8 : Une question demande comment les séances ont évolué (plus courte, plus longue) et la suivante pour quel motif (question ouverte).

- **Q9 : Durée de consultation, efficacité thérapeutique et satisfaction des patients :**

Cette question demande l'opinion des thérapeutes sur l'influence potentielle de la durée de consultation sur l'efficacité thérapeutique et sur la satisfaction des patients.

- **Q10 : Connaissance de certaines notions :**

Cette grille d'évaluation interroge les participants sur leur niveau de connaissance au sujet de quatre notions développées dans ce travail : l'effet placebo, l'effet contextuel, le cadre thérapeutique et l'alliance thérapeutique.

- **Q11 à Q15 : Profil et exercice :**

Cette dernière partie s'intéresse à l'âge des participants, à leur exercice (lieu, mode, type) et s'ils sont professionnels de santé.

5.1.4. Questionnaire « patient ».

Le questionnaire détaillé est disponible en Annexe (Annexe II).

. Il est présenté ici en fonction du thème de chaque partie.

- **Q1 : Avez-vous déjà consulté un ostéopathe ?**

Cette première question permet d'écartier de l'enquête la population exclue.

- **Q2 à Q9 : Modalités et expériences de la dernière consultation :**

- Q2 à Q5 et Q8 : Modalités :

Pour quel motif, quand s'est-elle passée, sa durée, s'il s'agissait d'une première consultation ou d'une séance de suivi et si le patient avait déjà consulté le praticien.

- Q6 et Q9 : Satisfaction :

L'intérêt de ces deux questions est de différencier la satisfaction générale du patient vis-à-vis du soin reçu et sa satisfaction concernant la durée de consultation.

- Q7 : Satisfaction selon certains critères :

Les patients sont interrogés sur leur sentiment de satisfaction concernant le temps accordé par le praticien, ses explications, l'écoute qu'il propose, sa disponibilité ou encore la confiance.

- **Q10 à Q14 : Attentes et ressenti vis à vis de la durée de consultation en général :**

- Q10 et Q11 : Durée de consultation et insatisfaction :

L'objectif est de rechercher une potentielle insatisfaction vis-à-vis de la durée de consultation en ostéopathie mais aussi d'une manière plus générale, toutes disciplines de santé confondues.

- Q12 et Q13 : Durée « tolérable » pour une consultation :

Au-dessus de quelle durée les patients jugent une séance « trop longue » et en dessous de laquelle, elle serait « trop courte » ?

- Q14 : Situations pour lesquelles la durée de consultation est un critère déterminant ?

Cette question permet d'évaluer, lors de différentes situations, si la durée de consultation est un critère déterminant. D'abord s'agissant du parcours des patients (décision de consulter en ostéopathie et choix du thérapeute) puis lorsqu'ils doivent évaluer l'efficacité du soin ainsi que leur sentiment de satisfaction.

- **Q16 à Q19 : Profil :**

Enfin, il s'agit de connaître l'âge, le sexe et le lieu de résidence des participants.

La catégorie socio-professionnelle sera également demandée (elles sont disponibles sur le site internet de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) [61].

5.2. Méthode.

5.2.1 Diffusion des questionnaires.

Les questionnaires ont été réalisés sur l'outil en ligne GoogleForms®. Ils ont été diffusés en Mars et Avril 2021 principalement par mail et via un partage sur internet.

J'ai pu obtenir les adresses mail sur la base de données de mon cabinet pour les patients et sur les bases de données (en libre accès) de différentes associations pour les ostéopathes (ROF, AFO, [62],[63]).

Par ailleurs, une diffusion sur le réseau social Facebook® m'a été d'une grande aide. Soit par l'intermédiaire de groupes professionnels d'ostéopathes (questionnaire « thérapeute »), soit par le partage répété de mon questionnaire par des particuliers (questionnaire « patients »).

5.2.2.Tri des résultats.

Dans un premier temps, il était nécessaire d'extraire toutes les données de l'outil de diffusion Google-Forms® vers un tableur Excel®. Une fois les données rassemblées dans un tableau dit « structuré », le travail de tri peut alors être effectué.

Il consiste d'abord, en une suppression des potentielles exclusions puis, en un tri des réponses ouvertes. Cela permet de diminuer le nombre de réponses différentes en les regroupant par thèmes. Pour cela, certaines réponses de la catégorie « autre » (réponse ouverte), peuvent entrer dans une des autres propositions fermées de la question. Pour d'autres réponses ouvertes, elles sont regroupées en une nouvelle catégorie.

Les fonctionnalités du logiciel Excel® et des éléments méthodologiques de la littérature ont permis de traiter les données de manière pertinente [64],[65].

Ce travail de tri sera détaillé précisément pour chaque questionnaire dans les paragraphes à venir (« Résultats - Échantillon », p35 et p46).

5.2.3. Analyse des résultats.

À l'aide du logiciel Excel® nous pouvons d'abord effectuer une analyse à plat des résultats. C'est à dire d'en présenter les réponses question par question. Cela permet une présentation simple des résultats afin d'en tirer les premières informations.

Puis, une analyse croisée est proposée en utilisant par exemple des « tableaux croisés dynamiques » (Outil proposé par le logiciel Excel®). Cette méthode propose de croiser les résultats d'une question et d'en faire ressortir les potentiels variations ou tendances en fonction d'un critère obtenu d'une autre question. Par exemple, croiser l'âge des participants avec une question de satisfaction.

Nous utilisons également le même logiciel pour obtenir les graphiques correspondants.

6. RESULTATS – QUESTIONNAIRE « THERAPEUTE »

6.1. L'échantillon.

Le questionnaire « thérapeute » a permis de récolter **479 réponses « brutes »** qui ont été d'abord triées avant analyse.

6.1.1 Suppression des exclusions.

- Les praticiens n'exerçant pas en cabinet sont exclus (15 participants).
- Les praticiens exerçant à l'étranger sont exclus (2 participants).
- Les participants dont au moins une des 4 réponses ouvertes ne permettant pas une analyse correcte sont exclus (38 participants). Cela correspond aux questions Q5, Q7, Q8 et Q17. Soit, elles ont été mal remplies, soit de manière hors sujet, soit avec humour, soit avec une lettre ou un symbole pour « éviter » la question.

6.1.2. Tri des réponses ouvertes.

Le tri est résumé ici pour chaque question concernée. Le détail est présenté en annexe sous forme de tableaux (Annexe III).

- **Q5 : Parmi les propositions suivantes, laquelle a principalement orienté votre choix pour la durée de vos séances ?**

Cette question proposait déjà des réponses fermées. Certaines réponses ouvertes ont donc été incluses dans les propositions initiales.

Puis, 3 nouvelles catégories ont été créées (Tableau 2) :

<i>Expérience pratique et ressenti personnel</i>	<i>Durée suffisante pour être efficace</i>	<i>Adaptée à ma pratique technique actuelle</i>
--	--	---

Enfin, une nouvelle réponse « autre » permet de regrouper 5 réponses difficilement classables en une seule catégorie (elle sera exposée séparément pour son intérêt qualitatif).

- **Q7 : De quelle manière avez-vous modifié la durée de vos consultations ?**

Cette question proposait déjà des réponses fermées. La plupart des réponses ouvertes ont pu être incluses dans les propositions initiales (durée allongée ou raccourcie).

Une réponse « autre » a été créée regroupant 9 réponses ouvertes différentes et intéressantes pour l'analyse future.

- **Q8 : Pour quelle(s) raison(s) ?**

Cette question a été la plus difficile et la plus longue à trier. En effet, elle représente un nombre important de réponses différentes.

Cela a été effectué en fonction du sens de chaque réponse. Il a fallu faire des choix en restant le plus proche possible des réponses initiales des participants et en essayant de limiter le nombre de groupes différents (Tableau 3).

<i>Plus rapide</i>	<i>Plus d'expérience</i>	<i>Optimisation d'agenda</i>	<i>Temps pour le patient</i>
<i>Avance</i>	<i>Covid</i>	<i>Confort personnel</i>	<i>Confort technique</i>
<i>Retard</i>	<i>Plus efficace</i>	<i>Demande croissante</i>	<i>Optimisation financière</i>

Une catégorie « Autre » est également créée regroupant 6 réponses. Elles seront analysées en complément si besoin (apport qualitatif).

- **Q17 : Votre type d'exercice :**

Un grand nombre de réponses ouvertes ont pu être regroupées dans les propositions initiales fermées.

Une catégorie de pratique « autre » était nécessaire pour regrouper les 20 ostéopathes ayant des pratiques uniques ou peu représentées (Tableau 4).

<i>« Tissulaire » (x7)</i>	<i>« Pratique incarnée »</i>	<i>« Fluidique »</i>
<i>« Énergétique » (x3)</i>	<i>« Approche intégrative holistique »</i>	<i>« Posturologie »</i>
<i>« Biodynamique »</i>	<i>« Biopsychosocial »</i>	<i>« Myotensif »</i>
<i>« Biocinétique »</i>	<i>« Douce »</i>	<i>« Matriciel »</i>

6.1.3. Échantillon final.

Nous obtenons donc un échantillon exploitable de **424 participants**.

6.2. Résultats question par question.

Le profil des participants sera d'abord exposé puis les questions relatives à l'organisation des ostéopathes quant à la durée de leur séance. Les questions sur l'évolution potentielle des pratiques seront ensuite présentées. Enfin, nous analyserons les questions interrogeant les praticiens sur l'incidence de la durée de consultation et sur leurs connaissances vis-à-vis de certaines notions théoriques.

Les tableaux détaillant les résultats sont disponibles en annexe (Annexe IV).

6.2.1. Profil des participants.

La grande majorité des ostéopathes ayant participé à cette enquête ont entre **26 et 40 ans** (66%, Fig. 5). Ils exercent pour la plupart une ostéopathie dite « **mixte** » (68%, Fig. 6), et ce, principalement en **cabinet** (78%) et en **ville** (54%). Ils sont un peu plus d'un quart à être initialement professionnels de santé (Médecin ou Paramédical). Les autres types d'ostéopathies (20 réponses) sont détaillés dans le tableau ci-dessus (Tableau 4).

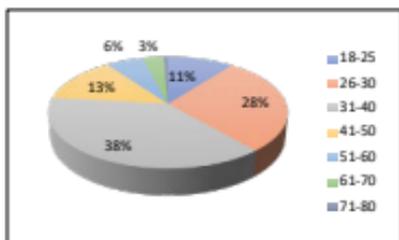


Fig. 5 : Âge des participants

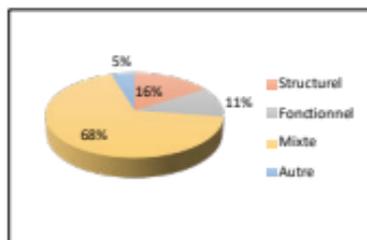


Fig. 6 : Type d'ostéopathie

6.2.2. Durée de consultation et satisfaction des praticiens.

• Durée de consultation initiale et de suivi :

La plupart des praticiens proposent des créneaux de **45 minutes** (38%). Ce pourcentage passe à **50%** en regroupant les séances de 40 et 50 minutes. **37%** des ostéopathes reçoivent pendant **une heure** (à plus ou moins 5 minutes près) et seulement **8%** ont des créneaux de **30 minutes**. À la marge, nous retrouvons des séances de plus de 70 minutes (4%) et de de 20 minutes (1%) (Fig. 7). Il est intéressant de noter que 39% des ostéopathes s'organisent différemment quand il s'agit d'une séance de suivi. Dans ce cas, les séances sont majoritairement plus courtes de 15 minutes (48%).

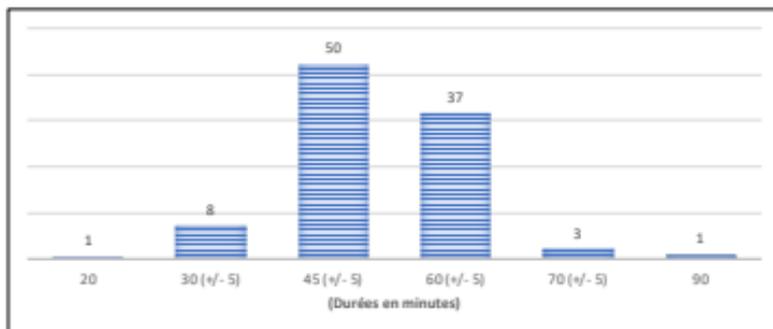


Fig. 7 : Durée de la consultation initiale. (Résultats exprimés en %)

● **Critères de choix de la durée de consultation :**

Lorsqu'on demande aux ostéopathes quelle raison a principalement orienté leur choix de durée de consultation, **73%** disent avoir été influencés par leur **apprentissage** : 59% lors d'observations ou de pratiques cliniques et 14% suivant les recommandations théoriques. 22% considèrent ensuite que c'est leur propre **expérience pratique et ressenti personnel** qui a influencé cette organisation de durée (Fig. 8). De manière marginale (1%), quelques praticiens expliquent leur choix d'une autre manière (Tableau 5).

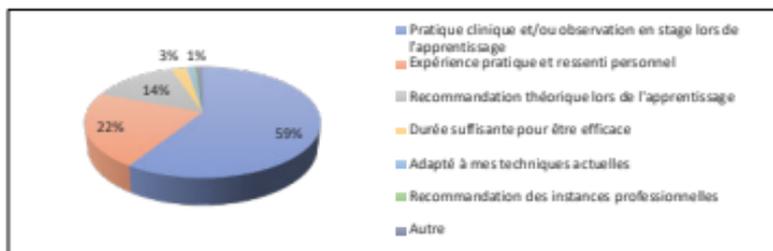


Fig. 8 : Critères de choix de la durée de consultation.

Tableau 5 : Autres critères de choix pour la durée de consultation	
« Facilité d'organisation pour l'agenda. »	« Durée effectuée par mon prédécesseur. »
« La durée de consultation des confrères. »	« Choisi par mon collaborateur. »

- **Satisfaction des praticiens au sujet de leur organisation :**

Il apparaît que moins de la moitié des ostéopathes interrogés (**41%**) est **totale**ment **satisfaite** de la durée de leurs consultations.

Afin de simplifier la lecture de l'échelle de satisfaction numérique initialement graduée de 1 à 10, nous pouvons utiliser la répartition proposée ci-après (Tableau 6). Nous voyons alors que **13%** des sondés considèrent n'être que **moyennement satisfaits** de leur organisation actuelle.

Tableau 6 : Satisfaction des praticiens				
Échelle simplifiée	Pas satisfait = 1 à 4/10	Moyennement satisfait = 5 à 7/10	Très satisfait = 8 à 10/10	TOTAL
Nombre de réponse	4	55	365	424
Pourcentage	1	13	86	100

6.2.3. Durée de consultation et évolution des pratiques.

L'échantillon concerné par cette partie du questionnaire est réduit de moitié. En effet, 228 ostéopathes sur un total de 424 participants à l'enquête ont fait évoluer leur durée de consultation depuis le début de leur activité. **137 ostéopathes l'ont raccourci** tandis que **82 l'ont allongé**. 9 ont une pratique différente classée comme « autre » dans les résultats et qui sera analysé séparément.

S'agissant des raisons de ce changement, la question était ouverte. Différents thèmes sont ressortis lors de la phase de tri. Un praticien peut alors évoquer plusieurs thèmes dans sa réponse. Les résultats sont présentés sous forme de « nuages de mots » qui ont été obtenus grâce à l'outil en ligne « *nuagedemots.co* » [66]. Les « autres » raisons de changements sont détaillées séparément.

- **Durée de consultation raccourcie :**

Les ostéopathes interrogés ont pour **58%** d'entre eux **raccourci leurs créneaux de 15 minutes** ou plus.

Il semble que la majorité des ostéopathes évoque le fait d'être **plus rapide** dans leur pratique et cela par **expérience**. Ils disent également avoir été souvent **en avance**. Pour certains, les consultations ont été raccourcies par **confort personnel** (« Préférence d'un rythme soutenu », « oblige à être concis », « plus fatigué à prendre mon temps »). La notion de « **plus d'efficacité** » a également été évoquée, mais de manière moindre.

Par ailleurs, ils ont souhaité **optimiser leur agenda**, soit pour absorber une **demande croissante**, soit pour des **raisons financières** (Fig. 9).



Fig. 9 : Raisons d'avoir réduit la durée de consultation.

- **Durée de consultation allongée :**

82 ostéopathes ont donc changé leur pratique en faveur d'un temps de consultation plus long. Ils ont, pour **66%** d'entre eux, **augmenté leurs créneaux de 15 minutes** ou plus. 27% ont allongé leurs séances de 10 minutes et seulement 7% de 5 minutes.

Pour ce qui concerne les raisons de ce changement, le thème « **confort personnel** » ressort dans la majorité des cas (39 fois). Puis, la volonté pour les ostéopathes de mieux gérer le **retard** (18) et enfin le souhait de **prendre plus de temps** avec leurs patients (16). À la marge, nous retrouvons les praticiens qui ont allongé la durée de consultation pour des raisons liées au **Covid_19**, ou encore, car leur pratique a évolué vers des **techniques ostéopathiques plus longues** (Fig. 10).



Fig. 10 : Raisons d'avoir allongé la durée de consultation.

- **Autres pratiques :**

Cela concerne uniquement **4% des praticiens** ayant fait évoluer leur durée de consultation (Tableau 7).

Tableau 7 : Autres changements de pratique
<i>« J'alterne 30 min et 45 min pour me laisser du temps au cas où j'en ai besoin. »</i>
<i>« Je garde que des rendez-vous de 45 min sur l'agenda. Souvent, pour une séance de suivi et s'il y a moins de symptômes, je fais une séance de 30 min. »</i>
<i>« La consultation varie de 30 min à 1H. »</i>
<i>« J'ai raccourci de 15 min mes séances de suivi avant de revenir à 45 min. »</i>
<i>« Un créneau d'1H au milieu des créneaux de 45 min pour compenser un retard éventuel. »</i>
<i>« J'ai testé 30 min et 1H avant de garder 45 min. »</i>
<i>« J'ai raccourci les créneaux puis je les ai rallongé à 1H. »</i>
<i>« J'ai raccourci à 30 min en collaboration. Auparavant, 45 min à mon cabinet. 1H en début de Covid (aération et désinfection). »</i>
<i>« Je laisse souvent des créneaux de libre pour rattraper mon retard éventuel. »</i>

Certains praticiens semblent alterner des créneaux de durées différentes. D'autres expliquent avoir besoin de moins de temps avec le patient tout en conservant les mêmes créneaux sur l'agenda. Nous retrouvons aussi des praticiens qui, après plusieurs créneaux de 45 minutes, utilisent un créneau de 1H. Enfin, des ostéopathes laissent volontairement un créneau vide pour gérer les retards ou faire une pause.

Concernant les raisons des changements, la catégorie « autre » comportait 6 réponses, elles sont exposées dans le tableau suivant (Tableau 8) :

Tableau 8 : Autres raisons de faire évoluer la durée de consultation
<i>« Le trop est l'ennemi du bien et ce n'est pas un salon de thé. »</i>
<i>« Sensation de trop en faire au-delà de 30-35 min. »</i>
<i>« De 45 min, je suis passé à 30 min en moyenne. 45 min me poussaient à surcharger les soins de superflu. Avec l'expérience, j'élague ma pratique. »</i>
<i>« La longueur de la séance n'est pas gage de réussite. Plus efficace sur deux séances plutôt qu'une longue et unique séance. Cela me permet aussi d'être moins en retard. »</i>
<i>« Séance de suivi plus courte pour ne pas être en "sur-traitement". Ne pas déséquilibrer ce qui a bien réagit lors de la 1ère séance. Anamnèse également plus courte. »</i>
<i>« Limiter les bavardages de la part du patient. Ces 15 min étaient souvent de trop mais parfois il les faudrait. »</i>

6.2.4. Incidences de la durée de consultation et point de vue des praticiens.

Dans cette partie, nous retrouvons l'échantillon initial qui est de 424 réponses exploitables.

D'abord, il apparaît que 80% des praticiens interrogés se sont déjà questionnés d'une manière générale sur la durée de consultation en ostéopathie. Cela reflète donc l'intérêt porté par la profession à ce sujet.

- **Influences de la durée de consultation (Fig. 11) :**

Au total, **83%** des participants sont « tout à fait » ou « plutôt » **d'accord** avec le fait que la durée de consultation influence la **satisfaction des patients**. S'agissant de l'effet du temps de soin sur son efficacité, ils sont alors un peu plus de la moitié à être « tout à fait » ou « plutôt » d'accord.

Le sujet de l'influence de la durée de consultation sur l'efficacité thérapeutique divise donc quasiment à parts égales les praticiens interrogés dans cette étude.

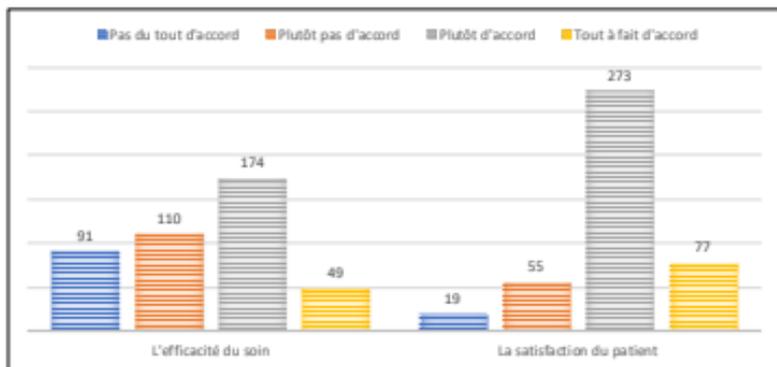


Fig. 11 : Question 9 : Selon vous, la durée de consultation influence ?
(Résultats exprimés en %)

● **Connaissance des ostéopathes sur certaines notions (Fig. 12) :**

L'objectif de cette question était de demander aux praticiens d'évaluer leur niveau de connaissance sur quatre notions en lien avec ce travail de recherche : L'effet Placebo, l'effet contextuel, le cadre thérapeutique et l'alliance thérapeutique.

Dans l'ensemble, toutes les notions proposées ici semblent être « assez » connues des praticiens.

Seul « l'effet contextuel » apparaît comme moins connu par les praticiens. En effet, ils sont tout de même 25% à juger leur niveau de connaissance comme « très » ou « assez » mauvais à ce sujet. En moyenne, 17% des ostéopathes interrogés considèrent leur niveau de connaissance comme mauvais au sujet des trois autres notions.

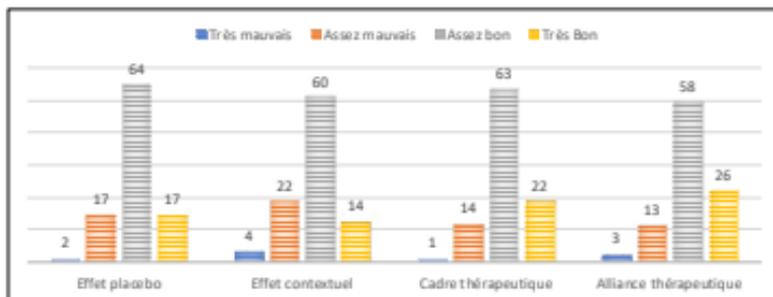


Fig. 12 : Question 10 : Évaluez votre niveau de connaissance quant aux notions suivantes.
(Résultats exprimés en %)

6.3. Résultats par analyses croisées.

Pour le questionnaire « thérapeute », il a semblé moins cohérent de chercher à croiser systématiquement les réponses entre elles. Seul l'état des lieux des pratiques (durée de consultation et évolution) sera croisé avec le profil des thérapeutes.

6.3.1 Analyse croisée avec le type d'ostéopathie.

● Durée de consultation :

L'intérêt de cette analyse croisée est de se demander si pour certaines pratiques se détache une durée de consultation propre.

Le graphique (Fig. 13) nous montre bien que la majorité des praticiens dits « structurels » ont des durées de séances inférieures ou égales à 45 minutes. Les séances de 20 minutes sont, par exemple, pratiquées uniquement par ces ostéopathes.

Les ostéopathes dits « fonctionnels » semblent être représentés qu'à partir des consultations de 35 minutes. Et majoritairement avec des consultations de 55 minutes.

Les « autres » types de pratiques sont représentés dans tous les formats de durée. Leur part augmente avec la durée. À partir de 60 minutes, elles sont très majoritaires.

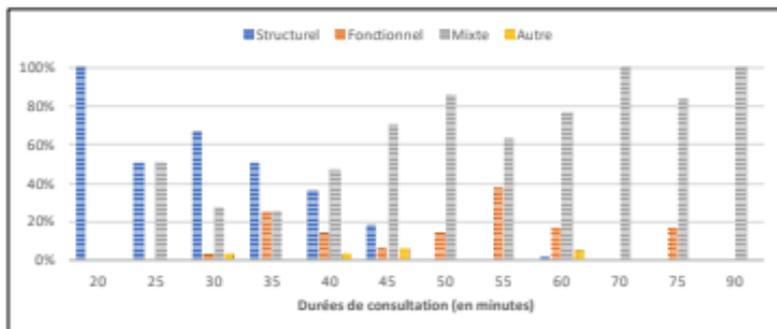


Fig. 13 : Durée de consultation en fonction du type d'exercice (en %).

Nous pouvons également préciser les résultats par type d'exercice :

La majorité des ostéopathes « structurels » proposent à leurs patients des séances de 45 minutes (43%). Ils sont également 29% à consulter sur des séances de 30 minutes.

Pour les ostéopathes « fonctionnels », la durée de consultation majoritairement représentée est de 60 minutes (52%), suivi des séances de 45 minutes (21%).

- **Consultations initiales et de suivies :**

Par analyse croisée du type d'ostéopathie et de la différence entre les pratiques concernant les consultations initiales et de suivies, nous obtenons le graphique suivant (Fig. 14) :

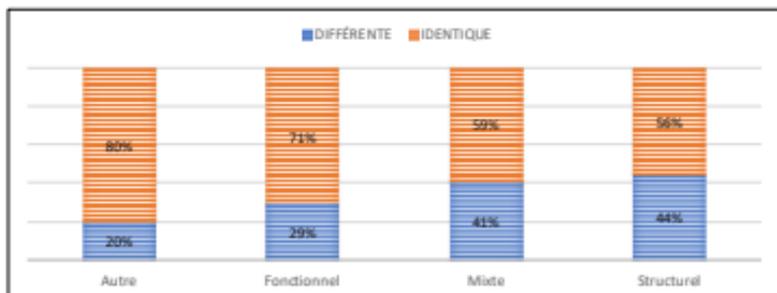


Fig. 14 : Consultations initiales et de suivies en fonction du type d'ostéopathie.

Il est alors intéressant de noter que les ostéopathes « fonctionnels » ont moins de 30% de leurs praticiens qui varient la durée de consultation en fonction du type de rendez-vous (initial ou de suivi). Pour les ostéopathes « structurels » ce pourcentage est plus important (44%).

Le type d'exercice semble donc impacter le choix ou non de garder les consultations de suivis identiques aux séances initiales.

6.3.2 Analyse croisée avec l'âge des ostéopathes.

Une donnée significative a été retrouvée en croisant l'âge des participants avec la durée des consultations initiales.

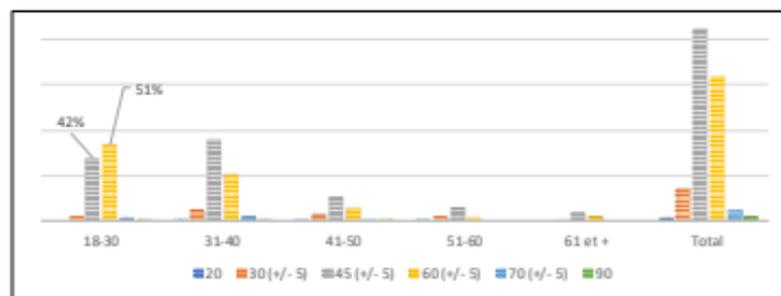


Fig. 15 : Durée de consultation en fonction de l'âge des ostéopathes.

Chez les « jeunes » ostéopathes (18 à 30 ans), la durée de consultation majoritairement représentée est 60 minutes (51%). Tandis que les séances de 45 minutes sont présentes à 42%.

Ces résultats ne suivent pas la tendance générale que l'on observe dans l'échantillon total. Dans ce cas, ce sont les consultations de 45 minutes qui sont majoritaires, suivies des séances de 60 minutes. Pour les autres tranches d'âges suivantes, la répartition est similaire.

Nous pouvons analyser cela par une évolution des pratiques suite à l'expérience acquise au fur et à mesure des années d'exercices.

7. RESULTATS – QUESTIONNAIRE « PATIENT »

7.1. L'échantillon.

Ce questionnaire a récolté **225 réponses** « brutes ». Il est alors nécessaire d'effectuer un tri avant l'analyse des résultats.

7.1.1 Suppression des exclusions.

La population étudiée étant celle des patients ayant déjà consultés un ostéopathe, la première question nous amène à retirer de l'analyse statique 19 répondants qui n'ont jamais consulté un ostéopathe.

Par ailleurs, dans ce questionnaire, il n'a pas été nécessaire de supprimer des participants ayant des réponses inexploitables (hors sujet ou incomplètes).

7.1.2. Tri des réponses ouvertes.

● **Q3 : Pour quel motif avez-vous consulté ?**

De cette question, il ressort 9 réponses « autres » à trier :

Le motif « capsulite » peut alors être considéré comme une « douleur chronique » tout comme la réponse « douleur abdominale chronique ».

Nous pouvons également regrouper les 4 réponses suivantes : « suivi post-accouchement », « post-accouchement », « grossesse » et « suivi grossesse et post-partum » en une seule réponse « suivi de grossesse et post-partum ».

● **Q17 : Votre catégorie socioprofessionnelle ?**

Le même travail est effectué pour cette question. La catégorie « autre » proposait une réponse ouverte afin de pouvoir classer tous les participants s'ils n'avaient pas connaissance de leur catégorie professionnelle selon l'INSEE. Ce travail de regroupement a été effectué en utilisant la base de données disponible sur leur site internet.

7.1.3. Échantillon final.

Nous passons donc de 225 répondants à **206 réponses** exploitables.

Il est intéressant de noter que seulement 8,4 % des répondants n'ont jamais consulté en ostéopathie. La même statistique est retrouvée dans le travail de fin d'étude d'ostéopathie de Dubouchet en 2011 [60].

7.2. Résultats question par question.

Le profil des participants sera d'abord présenté, puis les questions concernant la dernière séance d'ostéopathie effectuée par les patients et enfin, leur expérience et avis général sur l'ostéopathie et ce, toujours en lien avec la durée de consultation.

Les résultats détaillés sont annexés à la fin de ce travail (Annexe V).

7.2.1. Profil des participants.

Il ressort que la plupart des répondants sont des **femmes (71%)**. La moitié des participants ont **entre 31 et 40 ans** et ils vivent principalement en **ville (69,9%)**.

Pour la catégorie socioprofessionnelle, on retrouve des **cadres supérieurs ou professions libérales à 45,1 %** et des **professions intermédiaires à 22,8 %**.

7.2.2. La dernière consultation.

57% des répondants ont consulté dans le cadre de **douleurs chroniques**, 23% pour le traitement de douleur(s) récente(s) et 16% pour un soin de prévention (« check up »). Il s'agissait dans 42% des cas d'une **consultation récurrente** pour ce motif. 40% des répondants consultaient pour la première fois et 18% dans le cadre d'une séance de suivi. 73% des patients avaient **déjà consulté cet ostéopathe** par le passé.

La grande majorité des répondants a été satisfaite du soin reçu. En effet 82,5% des patients disent être satisfaits à plus de 8 sur une échelle de 1 à 10.

Les consultations ont duré **majoritairement 45 minutes**. En ajoutant les séances de 40 et 50 minutes nous obtenons un pourcentage de séance d'environ 45 minutes à 49%.

Les séances de 30 et de 60 minutes sont toutes les deux représentées à 17%.

Il est intéressant de noter par ailleurs, que seulement 3 participants ne se souviennent plus ou n'ont pas fait attention à la durée de leur consultation. Cela soulève, d'une certaine manière, l'importance que portent les patients à la durée de leur soin.

À la question demandant si les patients ont été spécifiquement **satisfaits de la durée de leur consultation**, il apparaît un taux de satisfaction significativement haut. **88,8% sont satisfait à plus de 8/10**.

Enfin, le graphique ci-dessous expose les résultats de la question qui cherche à différencier certains items de satisfaction du patient suite à la séance (Fig. 16).



Fig. 16 : Question 7 : Donnez votre degré de satisfaction selon les items suivants (en %).

Nous pouvons noter que les items « écoute », « disponibilité » et « confiance » sont en moyenne répartis de la même manière. L'item s'intéressant directement à la durée de consultation, à savoir, « le temps accordé par le praticien », se détache avec un taux de « tout à fait satisfait » de 79% (98% de satisfait en incluant les répondants « assez satisfaits »).

L'item « explication », semble quant à lui, diviser un peu plus. Même si le taux de satisfaction global (« assez » et « tout à fait ») reste à 96 %, la part de « tout à fait satisfait » est de 68% contre en moyenne 74 % pour les 4 autres items. Cet item contient également la part la plus importante de patients ayant été « peu satisfait » (4%).

7.2.3. La durée de consultation en ostéopathie.

De cette 2^{ème} partie du questionnaire, il ressort une première statistique intéressante : il semble que 3% des répondants ont déjà été insatisfaits de la durée d'une consultation et ce, toutes disciplines de santé confondues. En revanche, cette tendance s'inverse lorsque l'on demande si les patients ont été déjà insatisfaits de la durée de consultation en ostéopathie. On retrouve alors seulement 16% d'insatisfaits.

Au sujet des séances « trop longues » ou « trop courtes » il est intéressant de noter que 30% des répondants jugent une séance de 30 minutes ou moins trop courte. De même, 33% jugent qu'à partir de 60 minutes la séance est trop longue (Fig. 17).

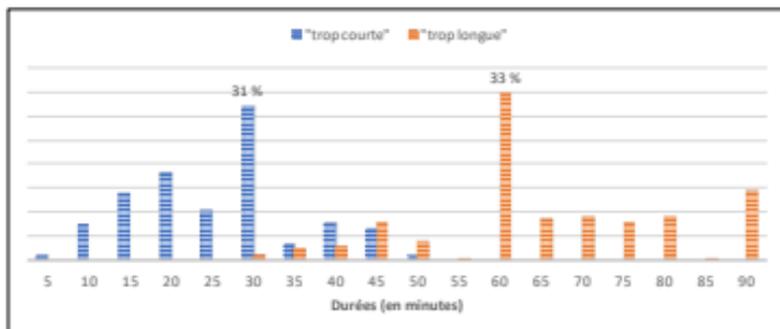


Fig. 17 : Question 12 et 13 : À partir de quelle durée jugez-vous qu'une séance est « trop courte » ou « trop longue ». (Résultats exprimés en %)

S'agissant de la place que prend la durée de consultation dans le parcours du patient, nous pouvons dire que pour la décision de consulter en ostéopathie et pour choisir son praticien, la durée de consultation est peu déterminante. En revanche, pour juger de l'efficacité du soin reçu et de la satisfaction post-séance, la durée de consultation semble déterminante pour les patients.

Près de 40% des patients jugent la durée de consultation comme critère « assez déterminant » pour apprécier l'efficacité du soin reçu et 34% « tout à fait déterminant ». Il en est de même pour l'évaluation du sentiment de satisfaction suite à la séance : Presque 70% des patients disent que la durée de consultation est un critère « assez » ou « tout à fait » déterminant (Fig. 18).

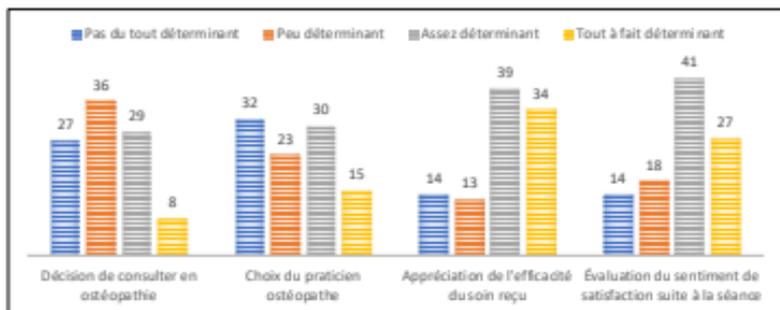


Fig. 18 : Question 14 : Dans les situations suivantes, dans quelle mesure la durée de consultation a été un critère déterminant ? (En %)

7.3. Résultats par analyses croisées.

7.3.1 Satisfaction et durée de consultation.

Rappelons d'abord que 183 participants ont été **satisfaits à plus de 8/10** de la durée de leur consultation, cela correspond donc à **89%** de l'échantillon.

Afin de simplifier la lecture de la question Q9, les résultats initialement proposés avec une échelle numérique (de 1 à 10) sont simplifiés comme suit (**Tableau 9**) :

Tableau 9 : Satisfaction des patients / durée de séance				
Échelle simplifiée	Pas satisfait = 1 à 4/10	Moyennement satisfait = 5 à 7/10	Très satisfait = 8 à 10/10	TOTAL
Nombre de réponse	5	18	183	206
Pourcentage	2	9	89	100

Cette question est alors croisée avec la durée de soin déclarée par le patient (question Q8).

L'échantillon est maintenant de 203 participants. En effet, 3 participants ont indiqué avoir oublié la durée de leur dernière consultation. Les données sont représentées dans le graphique suivant (Fig. 19).

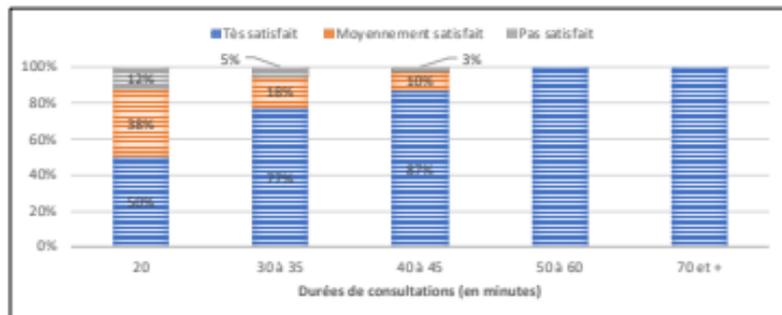


Fig. 19 : Satisfaction des patients en fonction de la durée de soin reçu (en%).

Nous nous apercevons que la satisfaction baisse en même temps que la durée de consultation. En effet, à partir de **50 minutes** de séance, la totalité des répondants sont **très satisfaits**. Pour les séances de 30 à 35 minutes nous obtenons alors 23 % de patients « moyennement » ou « pas » satisfaits. Ce résultat passe à 50 % pour les séances de 20 minutes.

7.3.2. Durée de consultation, appréciation de l'efficacité du soin reçu et profil.

Dans cette partie, nous allons analyser plus précisément la question relative à l'appréciation de l'efficacité du soin par le patient. L'objectif est de savoir dans quelle mesure la durée de consultation influe sur cette appréciation et cela en fonction du genre des participants (Fig. 20).

Rappelons d'abord, que d'une manière générale, près de **73%** des répondants considèrent la durée de séance comme **déterminante** pour juger de l'efficacité d'un soin ostéopathe (la répartition entre « assez » et « tout à fait » est équivalente).

Il apparaît que ce pourcentage est plus important chez les femmes (**78%**) que chez les hommes (**60%**).

Les autres items de profil ne permettent pas de croisement significatif.

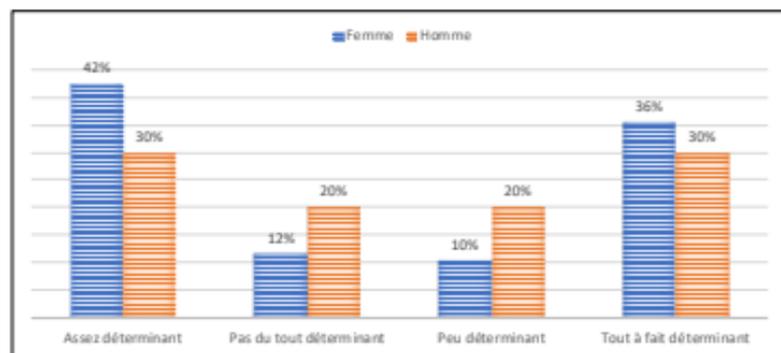


Fig. 20 : Appréciation de l'efficacité du soin reçu en fonction du genre

7.3.3. Durée de consultation, évaluation de la satisfaction et motif de consultation.

Il est intéressant de comparer l'évolution des réponses concernant la place de la durée de la séance dans l'évaluation du sentiment de satisfaction des patients suite à une consultation en fonction du motif de leur dernière prise en charge ostéopathe.

J'ai volontairement filtré les motifs qui représentaient un faible taux de réponse (fertilité, suivi de grossesse, bien-être et « check-up »). L'échantillon est alors de 164 réponses.

Pour les patients souffrant de douleurs récentes, la durée de consultation semble moins déterminante pour évaluer la satisfaction post-séance. On peut penser en effet que le plus important pour ces patients est la gestion de leur douleur récente, peu importe la durée du

traitement. À contrario, les patients consultant pour des douleurs chroniques, vont être, semble-t-il, plus regardant sur la durée de consultation (Fig. 21).

38% des patients ayant consulté pour le traitement de **douleurs chroniques** disent que la durée de consultation est « **tout à fait déterminante** » dans l'évaluation de la satisfaction suite à la séance. Ce pourcentage chute à **21%** pour les patients ayant consulté pour des **douleurs récentes**.

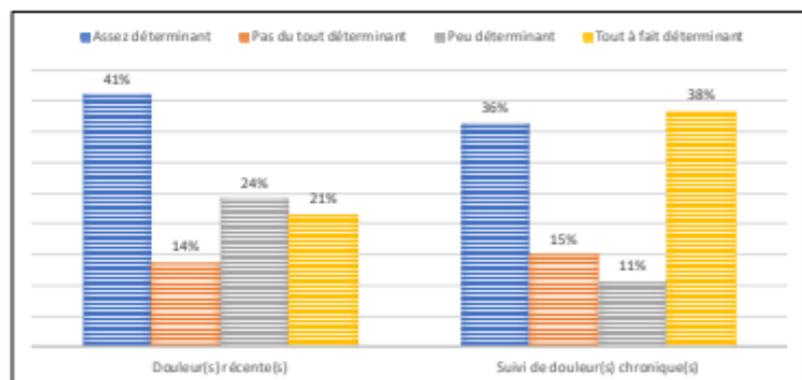


Fig. 21 : Évaluation de la satisfaction suite à une séance en fonction du motif de consultation

8. DISCUSSION

8.1. Points forts et limites.

Ce moyen d'enquête quantitatif m'a semblé être le plus judicieux afin de répondre aux problématiques exposées dans la première partie de ce travail.

8.1.1 Points forts.

- État des lieux :

Tout d'abord, le questionnaire « thérapeute » a permis l'établissement de données statistiques sur la durée des consultations en ostéopathie en France. À ma connaissance, cela n'existait pas encore et cela constitue un atout majeur de ce travail.

- Échantillon questionnaire « thérapeute » :

424 réponses exploitables ont été obtenues. Cela peut être considéré comme une bonne participation et suffisante pour une analyse statistique cohérente. Lugen (2015) [64] considère par exemple qu'à partir de 80 réponses, une étude statistique est envisageable.

D'après les dernières statistiques disponibles, on recense 31000 ostéopathes en exercice en France en 2019 [67]. Les participants de l'enquête représentent donc 1,4 % de la population cible.

Cela semble être un **échantillon représentatif** et suffisamment large pour étendre la portée des résultats à l'ensemble de la population cible.

L'enquête fait ressortir 26% d'ostéopathe-professionnels de santé. La répartition officielle semble être de 40%. Cela nuance donc la représentativité de l'échantillon.

8.1.2 Limites.

- Biais d'échantillon :

Cela concerne le questionnaire « patient ». L'échantillon final a été de 206 réponses exploitables. Ce chiffre est suffisant pour une exploitation statistique des données mais l'échantillon ne semble malheureusement pas assez représentatif pour donner une dimension scientifique validée aux résultats.

En effet, la proportion de genre, ainsi que les statistiques des catégories socioprofessionnelles, ne sont pas en accord avec les données disponibles actuellement [68] (Tableau 10).

Tableau 10 : Catégorie Socioprofessionnelles (échantillon et INSEE en 2020) en %		
	Échantillon	INSEE
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	5,3	3,5
Cadre supérieur, profession libérale, ingénieur...	45,1	10,6
Profession intermédiaire et technicien (cadre moyen, infirmier, professeur des écoles, animateur, éducateur...)	22,8	13,7
Employé administratif et employé de commerce	12,6	14,2
Ouvrier, ouvrier agricole, manœuvre, routier, livreur...	1,5	10,9
Sans activité professionnelle (recherche d'emploi, étudiant...)	5,8	12,7
Retraité	6,8	33,4
Agriculteur	0	0,7

- Amélioration des questionnaires :

L'étude étant terminée, quelques points d'amélioration des questionnaires sont à évoquer :

Pour le questionnaire « patient », il aurait été souhaitable de connaître le type de pratique ostéopathique dont ils ont bénéficié lors de leur dernière séance. À savoir plutôt structurelle, fonctionnelle ou mixte. Cela aurait permis de croiser plus facilement les résultats avec le questionnaire thérapeute mais aussi de moduler les statistiques de satisfaction en fonction de ces pratiques.

Pour le questionnaire « thérapeute », il aurait été intéressant de compléter la partie profil par le sexe des participants. Cela pour croiser les résultats.

Enfin, il apparaît que quelques questions n'ont pas été d'une grande pertinence et auraient pu être tout simplement retirées. (Q2, Q4 et Q18 pour le questionnaire « patient » et Q15 pour le « thérapeute »)

- Enquête qualitative :

Il aurait été possible d'ajouter une étude qualitative pour compléter les résultats obtenus. Par exemple, par l'utilisation d'entretiens semi-dirigés à destination des deux populations cibles de cette enquête [69].

- Limite scientifique :

La limite principale étant la validité scientifique des questionnaires et la représentativité des résultats à l'échelle de la population étudiée, il est ici proposé de définir cette étude comme une enquête statistique (état des lieux) et d'opinion (avis des thérapeutes et des patients sur le sujet).

8.2. Apports de l'étude.

8.2.1. État des lieux

Comme émis en hypothèse, il existe donc une grande diversité de pratique. Il apparaît que la moitié des praticiens reçoivent leur patient sur des séances de 45 minutes. Un peu plus d'un tiers sur un format d'une heure et moins de 10% sur des créneaux de 30 minutes. À la marge non retrouvons des séances de 20 minutes ou des séances de plus de 70 minutes. Par ailleurs, une partie non négligeable réduisent de 15 minutes leurs séances de suivi.

Pour la plupart des ostéopathes (73%), l'enseignement dispensé lors des études est à l'origine du choix de leur durée de consultation.

Le sujet semble grandement questionner la profession amenant près de la moitié des ostéopathes à changer leur pratique.

Certains ont raccourci leurs séances de 15 minutes, justifiant cela par une expérience croissante, une rapidité technique et le fait d'être souvent en avance. D'autres les ont allongées par confort personnel, afin de mieux gérer les retards et pour proposer plus de temps aux patients (écoute, explications).

L'hypothèse de départ concernant le lien entre le type d'ostéopathie et la durée des consultations est également vérifiée. En effet, les séances de 45 minutes et plus sont majoritairement proposées par des ostéopathes « fonctionnels » tandis que celles de 45 minutes et moins le sont par les « structurels ». Ce constat pourrait s'expliquer par une potentielle « rapidité » technique chez ces derniers.

Pour conclure, la diversité des pratiques concernant la durée des consultations est, me semble-t-il, le reflet d'une profession très diversifiée dans son ensemble. Un grand nombre de concepts existent. Il est d'usage de dire qu'il y a autant d'Ostéopathies que d'ostéopathes.

8.2.2. Durée de consultation et efficacité thérapeutique.

Le second objectif de ce travail de recherche était de se demander si la durée de consultation pouvait influencer l'efficacité thérapeutique d'un soin.

Un travail préalable théorique a permis de répondre en partie à la question. Les effets contextuels semblent en effet avoir une part importante dans l'efficacité des soins ostéopathiques. La durée de consultation étant un des facteurs pouvant influencer ces mêmes effets contextuels (ou effet placebo).

Indirectement, on comprend alors que la durée de consultation influence l'efficacité d'un soin.

Pour aller plus loin, il serait intéressant de mesurer quelle part du soin est impacté par la durée et également de se questionner sur les liens semblent-ils étroits avec les attentes et croyances des patients. Aucune étude clinique en ostéopathie traitant ce sujet n'a été retrouvée dans la littérature scientifique explorée.

Nous pouvons aussi nous demander si une durée de consultation « courte » (moins de 30 minutes) ou « longue » (plus de 60 minutes) influence davantage et sous quelle proportion l'effet contextuel d'un soin. Cela pourrait être l'objet d'un futur travail de recherche.

Par ailleurs, il a été demandé aux ostéopathes de donner leur avis à ce sujet. Il apparaît à la lecture des résultats de l'enquête que la profession est divisée à parts égales. La moitié pense que la durée de consultation influence l'efficacité du soin, l'autre moitié, non.

L'hypothèse émise n'est donc pas vérifiée. La logique aurait voulu qu'un thérapeute mette en lien l'efficacité thérapeutique principalement avec sa technique et non pas avec le contexte de prise en charge.

Enfin l'enquête a proposé de sonder la connaissance des thérapeutes sur différentes notions en lien avec ce travail.

Environ 25% des sondés ont une connaissance « mauvaise » de la notion d'effet contextuel. Cela rajoute à l'intérêt de développer davantage ce sujet dans les recherches scientifiques futures et aussi dans les instituts de formation en ostéopathie pour que les étudiants prennent conscience de cela.

8.2.3 Durée de consultation et incidences sur les patients.

L'hypothèse de départ était que les patients sont principalement attentifs à la durée de consultation et ce, pour différents cas.

Quand il s'agit de juger de l'efficacité du soin et également pour évaluer leur satisfaction, ils sont en moyenne 70% à dire que la durée de séance est « assez » ou « tout à fait » déterminante.

Il est à noter secondairement que les thérapeutes sont également de cet avis. Une majorité (64%) pense que la satisfaction des patients peut dépendre de la durée de consultation.

L'hypothèse de départ est donc vérifiée dans ces deux premiers cas. En revanche, elle ne l'est plus dans les situations relatives au parcours du patient.

En effet, les recherches préalables effectuées à ce sujet amenaient à penser que la durée de consultation était un critère d'attrait de la profession. Les patients à ce sujet nous répondent à 63% l'inverse. Ce n'est donc pas pour cela précisément qu'ils consultent un ostéopathe.

Par ailleurs, quand l'on s'intéresse plus précisément à la satisfaction des patients après une séance, la durée de consultation influence celle-ci. D'après les résultats de l'enquête « patient », plus une séance est « courte », plus sa durée risque d'être insatisfaisante. Nous constatons en effet que sous 40 minutes de séance les patients commencent à être insatisfaits. À l'inverse une séance « longue » (supérieure à 50 minutes) n'engendre plus d'insatisfaction chez les patients.

Les patients semblent aussi avoir été beaucoup plus insatisfaits de la durée des consultations lors de soins d'autres natures qu'en ostéopathie. Le sujet de la durée de consultation qui semble être un réel questionnement dans le milieu médical l'est donc moins en Ostéopathie. Nous pouvons même considérer qu'il représente un atout pour la profession en opposition avec les difficultés que cela soulève en médecine.

Enfin, nous pouvons faire ressortir un temps « idéal » si l'on veut obtenir la plus grande satisfaction des patients. Il serait compris entre 30 et 60 minutes avec un pic de satisfaction autour des 45 minutes.

À noter que cela correspond aux durées de consultations principalement pratiquées par les ostéopathes en France.

Nous pouvons alors considérer que la majorité des praticiens, en proposant des séances de 45 minutes, répondent aux attentes des patients. Ce format permet d'obtenir à la fois un confort personnel et organisationnel pour le praticien et une optimisation de la satisfaction du patient sur ses attentes de durée de prise en charge. Lors d'un soin, pouvoir mettre en accord les souhaits et attentes des deux parties (soignants et soignés) c'est réussir à construire une alliance thérapeutique optimale. Cela bénéficiera d'autant plus à l'efficacité thérapeutique.

8.3. Réflexion.

Ce travail s'est porté sur un thème original et très peu présent dans la littérature scientifique en ostéopathie. Les recherches préalables ont fait ressortir une multitude d'entrées possibles pour traiter ce sujet. Outre le souhait d'effectuer un état des lieux et de se questionner sur les incidences de la durée de consultation, il émerge de ce travail un intérêt de se questionner plus précisément sur les effets contextuels en ostéopathie.

Les premiers éléments de réponse tirés de travaux récents à ce sujet permettent d'y voir plus clair. D'abord sur l'intérêt pour les professionnels soignants d'être conscients de cela et de bien cadrer le phénomène par une définition claire (différence « médicament placebo », « groupe placebo » et « effet placebo ») : l'effet contextuel c'est donc l'effet placebo.

Par ailleurs, il semblerait que l'Ostéopathie, qui pêche souvent à démontrer sa pratique (limite des études en double aveugle), pourrait bénéficier d'une plus grande cohérence scientifique si des études du type « open-hidden » étaient entreprises [12].

Hogedez et Gaudreault (2019) [1] soulèvent des points importants dans leur article « *Les médecines alternatives et complémentaires dans le système Evidence-Based Medicine. Une étude philosophique de l'ostéopathie.* ».

Les auteurs débütent leur recherche par une revue des études qui s'intéressent à évaluer l'efficacité des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) dont fait partie l'ostéopathie.

Ils font ressortir la faiblesse des preuves scientifiques de cette pratique selon le modèle de l'Evidence-Base Medicin (EBM).

Pour rappel, ce concept a été développé par des épidémiologistes de l'Université de McMaster au Canada au cours des années 1980. Ils invitent à fonder toute décision médicale sur les connaissances théoriques, le jugement et l'expérience du praticien mais aussi sur des preuves scientifiques. En français, nous obtenons le concept de « médecine fondée sur les preuves ». Sackett et al. (2005) [70] expliquent alors que la notion de preuve correspond à une connaissance issue de recherches cliniques réalisées dans le domaine du traitement des maladies et qui se basent sur des résultats valides et applicables dans la pratique médicale courante.

Hogedez et Gaudreault expliquent néanmoins que la recherche souhaite la plupart du temps démontrer l'efficacité d'une intervention spécifique dans le traitement d'une pathologie donnée. Ils utilisent alors l'étude permettant le plus grand niveau de validité qu'est l'Étude Randomisée Contrôlée (ERC). L'ostéopathie pêche alors souvent dans ce type d'étude.

Les chercheurs en MAC, de leur côté, remettraient en cause les ERC par le manque de globalité du traitement étudié et le caractère protocolaire qui s'écarte d'une pratique clinique quotidienne. Même si le concept de « globalité » est normalement pris en compte dans le modèle EBM qui doit laisser toute sa place aux attentes du patient et à l'expérience clinique du praticien (Gedda, 2017) [71] (Fig. 22).

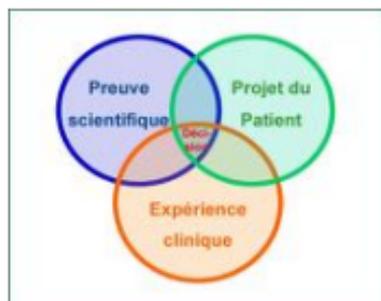


Fig. 22 : Triptyque de l'EBM (Gedda, 2017) [71]

Les auteurs souhaitent donc se questionner sur l'intérêt d'utiliser uniquement le model EBM pour évaluer l'efficacité des MAC et rappellent qu'une thérapie (même scientifiquement validée) ne relève pas uniquement de sa technique.

Ils distinguent alors la « médecine scientifique » de la « médecine soignante ». La première est centrée sur le traitement et cherche à « rationaliser son modèle d'efficacité » alors que la seconde est davantage centrée sur le patient et en rapport à son expérience, ses attentes et ses croyances. Ici, le contexte de soin aurait toute sa place.

Ils ajoutent dans ce sens que « les sciences biomédicales n'autorisent qu'un cadrage restrictif centré sur la maladie » et que « cela bénéficie moins d'un potentiel subjectif et imaginaire pouvant optimiser l'effet placebo ».

Ce constat pourrait amener à réflexion sur la légitimité de l'ostéopathie comme pratique technique, scientifique. Définir l'ostéopathie comme une pratique soignante semble plus intéressant. Elle serait alors moins centrée sur l'efficacité intrinsèque de ses techniques (effet spécifique) mais plus sur la globalité de son intervention en prenant en compte tous les éléments des effets contextuels précédemment exposés.

Pallot et al. vont dans ce sens dans leur livre de 2019 [72]. Ils définissent l'EBP³ comme une démarche qui consiste en « l'application clinique individualisée raisonnée du plus haut niveau de preuve possible **dans un contexte** de soin multidimensionnel unique ». Ils proposent alors une mise à jour de la définition initiale, résumée dans le schéma suivant (Fig. 23) :

³ EBP (Evidence-Base Practice) : Le model EBP est le stricte équivalent de l'EBM. C'est le même concept appliqué aux métiers manuels (« pratiques ») de la santé. Classiquement, en médecine on s'intéresse à l'EBM et en kinésithérapie ou en ostéopathie, à l'EBP.

Fig. 23: Triptyque de l'EBP : mise à jour proposée par Pallot et al. (2019).

8.4. Ouverture.

Lors du dépouillement du questionnaire « thérapeute », une notion en lien direct avec la durée de consultation a été évoquée plusieurs fois (même si à la marge statistiquement).

Certains participants font référence au fait de ne pas vouloir en faire trop pendant une séance, à leur désir d'être concis dans leur « quantité » de techniques employées. Aussi, certains praticiens évoquent parfois l'envie de « combler » le temps de séance restant, par des techniques supplémentaires. Le risque serait de ne plus être efficace voir délétère pour le patient.

D'un point de vu un peu plus « scientifique », cela s'apparente à la notion d'« **over treatment** » et pourrait être traduit par « traitement excessif ». Notamment évoqué par Lasteyrie en 2010 dans un article en ligne [17], l'excès de traitement apparait lorsque ce dernier est « trop long » ou « trop lourd ».

Plusieurs niveaux de lectures sont semble-t-il possibles :

D'abord pendant la séance, un patient qui serait engagé dans ce processus ne serait plus à même de recevoir convenablement le soin proposé (difficulté à se relâcher, tensions excessives ou encore signes d'impatiences). Le thérapeute risque de perdre alors la « relation » avec son patient (alliance thérapeutique).

Par ailleurs, d'un point de vu physiologique, l'excès de traitement pourrait induire une réaction délétère au niveau des tissus traités ou de « l'équilibre » général de l'individu. L'efficacité du traitement sera alors potentiellement moindre voire nulle.

De plus, si l'on s'intéresse aux « fameuses » gênes et douleurs post-traitement, l'« over-treatment » pourrait avoir un impact. Elles sont classiquement expliquées par la nécessité que le corps ou les tissus ont de « prendre le temps » pour changer ou se « rééquilibrer » suite au soin reçu. Les ostéopathes donnent traditionnellement un délai d'environ 48 heures pour cela. Dans le cas d'un traitement excessif, elles seront hypothétiquement trop importantes, difficilement supportables par le patient ou trop étendues dans le temps.

Enfin, la notion d'« over-treatment » fait semble-t-il référence à des concepts théoriques en lien avec le fondamental enseigné à L'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes (IFSOR)

Terramorsi, ostéopathe et fondateur de l'IFSOR nous dit par exemple dans son ouvrage de 2013, « Ostéopathie Structurale, lésion structurée, concepts structurants » [73], que « **le mieux est l'ennemi du bien** ». Quand les résultats d'un soin sont « bons » il ne faut peut-être pas chercher la perfection. Vouloir obtenir davantage de résultats pourrait alors faire l'effet inverse et basculer vers un traitement excessif.

Il explique également que « **plus on est malade, moins on peut en supporter** ». Cela fait référence au « terrain » du patient et à sa capacité à « supporter » un traitement. Le thérapeute se doit alors de mesurer sa proposition de soin en fonction de l'état de santé du patient.

En d'autres termes, cela rappelle un des fondements de l'ostéopathie qui souligne que l'on traite un individu dans sa globalité et non une pathologie ou un symptôme. On comprend alors le parallèle avec une autre « petite phrase » de ce même livre : « **Le message n'est rien, la cible est tout** ».

9. CONCLUSION

Après un état des lieux des pratiques en France, ce travail a tenté de découvrir quelles sont les incidences de la durée de consultation sur l'efficacité thérapeutique et sur l'expérience des patients. Pour traiter de ce sujet et répondre aux problématiques qui en découlent, deux questionnaires ont été établis. L'un à destination des thérapeutes et l'autre pour les patients.

Il apparaît qu'en moyenne les ostéopathes français proposent des séances de 45 minutes. Ils ont tendance à les réduire lors de soins de suivi et ont pour moitié fait évoluer leur pratique en faveur d'une durée plus courte (expérience, optimisation technique) ou plus longue (confort personnel, gestion des retards ou par envie de plus écouter les patients). La force de cette première partie est son échantillon. Il peut être considéré comme représentatif de la population des ostéopathes en France.

Une seconde partie, plus théorique, a permis de démontrer que la durée de consultation peut avoir un effet sur l'efficacité thérapeutique d'un soin en ostéopathie. Cela par l'intermédiaire des effets contextuels qu'il engendre. Ces effets contextuels (ou effets placebo) ont une part non négligeable dans l'efficacité de toutes thérapies (jusqu'à 80% dans certains cas). Cette étude ne permettra pas de faire ressortir une statistique exacte concernant l'ostéopathie, la durée de consultation et les effets contextuels. Cela serait possible par l'établissement d'un nouveau travail scientifique focalisé sur une recherche clinique. Il pourrait notamment être proposé de se baser sur les nouveaux types d'études « *open-hidden* ». Les thérapeutes semblent en majorité sensibilisés à ces notions théoriques (effet contextuel ou placebo, cadre thérapeutique). En revanche, ils sont divisés sur la question de l'incidence thérapeutique de la durée de consultation. S'agissant de la satisfaction des patients, ils s'accordent à dire que le temps de séance a son importance.

Enfin, ce travail nous apporte la confirmation que les patients attachent de l'importance à la durée de consultation. Ils sont majoritairement très satisfaits de la durée de leur consultation (dernière expérience). Par ailleurs, une majorité nous dit être regardant sur la durée de consultation pour juger de l'efficacité d'un soin et pour évaluer leur sentiment de satisfaction. En revanche, la durée de consultation ne semble pas constituer un critère de choix au moment de sélectionner un ostéopathe ni pour choisir précisément cette thérapeutique. Ces résultats manquent de validité par l'échantillon peu représentatif de la population cible.

Ce travail propose donc différentes pistes de réflexion autour de la durée des séances ostéopathiques. Chaque élément pourrait être approfondi et notamment sous forme de recherche clinique. La notion d'« *over treatment* » pourrait aussi faire l'objet d'un futur TER.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] B. Hogedez et N. Gaudreault, « Les médecines alternatives et complémentaires dans le système Evidence-based medicine. Une étude philosophique de l'ostéopathie », *Ethics Med. Public Health*, vol. 8, p. 156-166, janv. 2019, doi: 10.1016/j.jemep.2019.02.001.
- [2] C. Barry et B. Falissard, « Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie - INSERM », 2012.
- [3] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine*. Genève: World Health Organization, 2010.
- [4] E. Le Groumellec, « Analyse des conditions juridiques des pratiques d'un masseur-kinésithérapeute-ostéopathe. », Mémoire, Bretagne Ostéopathie, 2019.
- [5] « Définition et concept - Registre Des Ostéopathes de France (ROF) », *osteopathie.org*. <https://www.osteopathie.org/88-decouvrez-l-osteopathie-definition-et-concept.html> (consulté le mai 09, 2021).
- [6] « Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie - Annexe 1 : Référentiel d'activités et de compétences », *solidarites-sante.gouv.fr*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/osteopathie_arrete_121214_annexe_1_referentiel_activites_compences.pdf (consulté le mai 09, 2021).
- [7] P. Loiselet, « Étude de la perception des patients et des médecins libéraux concernant l'ostéopathie en Basse Normandie », Thèse de Médecine, UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE, 2019.
- [8] M. J. Lambert et D. E. Barley, « Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. », *Psychother. Theory Res. Pract. Train.*, vol. 38, n° 4, p. 357-361, 2001, doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357.
- [9] A. Mehrabian, « Orientation behaviors and nonverbal attitude communication », *J. Commun.*, vol. 17, n° 4, p. 324-332, 1967, doi: 10.1111/j.1460-2466.1967.tb01190.x.
- [10] L. M. L. Ong, J. C. J. M. de Haes, A. M. Hoos, et F. B. Lammes, « Doctor-patient communication: A review of the literature », *Soc. Sci. Med.*, vol. 40, n° 7, p. 903-918, avr. 1995, doi: 10.1016/0277-9536(94)00155-M.
- [11] A. Blanvillain, « Influence des explications données aux patients, lors de la séance, sur le résultat du soin », Mémoire, Bretagne Ostéopathie, 2018.
- [12] A. Berdat, « Induction thérapeutique en ostéopathie structurelle », Mémoire, Bretagne Ostéopathie, 2019.
- [13] M. Defrance, « La prise en charge de ses proches en ostéopathie », Mémoire, L'Institut Dauphine d'Ostéopathie, 2013.
- [14] M. Martin, « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité », *Cah. Psychol. Clin.*, vol. n° 17, n° 2, p. 103-120, 2001.
- [15] C. Potel-Baranes, « La question du cadre thérapeutique », in *Être psychomotricien*, Érès, 2010, p. 321-345.
- [16] S. A. Roots, E. Niven, et R. W. Moran, « Osteopaths' clinical reasoning during consultation with patients experiencing acute low back pain: A qualitative case study approach », *Int. J. Osteopath. Med.*, vol. 19, p. 20-34, mars 2016, doi: 10.1016/j.ijosm.2015.06.003.
- [17] « Durée d'un traitement d'ostéopathie », *Diagnosteo.com*. <https://www.diagnosteo.com/duree-dun-traitement-d-osteopathie> (consulté le mai 04, 2020).
- [18] « Combien de temps dure une consultation », *Osteopathe-syndicat.fr*. <https://www.osteopathe-syndicat.fr/consultation-osteopathe> (consulté le mai 06, 2021).

- [19] « Déroutement d'une séance d'ostéopathie », *Osteomag.FR*. <https://www.osteomag.fr/non-classe/3-deroutement-dune-seance-dosteopathie-toutes-vos-questions-toutes-nos-reponses/> (consulté le mai 06, 2021).
- [20] « Séance ostéopathe : étapes et déroulement d'une consultation », *Medoucine.com*. <https://www.medoucine.com/pratiques/osteopathie/seance> (consulté le mai 06, 2021).
- [21] « Guide pratique, NGPA, masso-kinésithérapie. », *amélie.fr*. https://www.ameli.fr/sites/default/files/guide_pratique_ngap_masso-kinesitherapie_aura-fevrier2020_5.pdf (consulté le mai 06, 2021).
- [22] « Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes », *Ordremk.fr*. <https://deontologie.ordremk.fr/> (consulté le mai 06, 2021).
- [23] « Chiropraxie - Durée et prix d'une séance », *Santemagazine.fr*. <https://www.santemagazine.fr/medecines-alternatives/therapies-manuelles/chiropraxie-176991> (consulté le mai 13, 2021).
- [24] « Chiropraxie - Déroulement d'une séance », *chiropraxie-luxembourg.com*. <http://www.chiropraxie-luxembourg.com/deroutement-dune-seance/> (consulté le mai 13, 2021).
- [25] « Association Française de Chiropraxie | AFC », *chirpraxie.com*. <https://www.chiropraxie.com> (consulté le mai 13, 2021).
- [26] « AFO - Règlementation de la profession d'ostéopathe », *afosteo.org*. <https://www.afosteo.org/espace-professionnels/reglementation/> (consulté le mai 06, 2021).
- [27] « ROF - Recommandations de bonne pratique - Registre Des Ostéopathes de France - Association ostéopathie », *osteopathie.org*. <https://www.osteopathie.org/recommandations.html> (consulté le mai 06, 2021).
- [28] « SDFO - Charte de bonnes pratiques politiques », *Osteopathe-syndicat.fr*. <https://www.osteopathe-syndicat.fr/actualite-osteopathe-du-sfdo-item-97-charte-de-bonnes-pratiques-politiques-du-sfdo-html> (consulté le mai 06, 2021).
- [29] « Code de déontologie de la profession d'ostéopathe », *afosteo.org*. 2014. <https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2014/10/Code-de-deontologie-de-la-profession-dosteopathe-vf.pdf> (consulté le mai 06, 2021).
- [30] « Le métier d'ostéopathe - Formations », *AFOSTEO*. <https://www.afosteo.org/espace-etudiants/formation/> (consulté le mai 06, 2021).
- [31] G. Virot, « Effet Placebo et Rééducation - Perspectives d'optimisations de la prise en charge masso-kinésithérapique au regard des connaissances actuelles sur les effets contextuels des soins », Mémoire, IFM3R - Pays de la Loire, 2013.
- [32] J. E. Bialosky, M. D. Bishop, et C. W. Penza, « Placebo Mechanisms of Manual Therapy: A Sheep in Wolf's Clothing? », *J. Orthop. Sports Phys. Ther.*, vol. 47, n° 5, p. 301-304, avr. 2017, doi: 10.2519/jospt.2017.0604.
- [33] F. Benedetti et M. Amanzio, « Mechanisms of the placebo response », *Palm. Pharmacol. Ther.*, vol. 26, n° 5, p. 520-523, oct. 2013, doi: 10.1016/j.pupt.2013.01.006.
- [34] L. Fabre, « Nociception - Gestion de la douleur en thérapie manuelle », *gestiondeladouleurenthérapiemanuelle.wordpress.com*, 2017. <https://gestiondeladouleurenthérapiemanuelle.wordpress.com/> (consulté le mai 09, 2021).
- [35] M. Testa et G. Rossetini, « Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes », *Man. Ther.*, vol. 24, p. 65-74, août 2016, doi: 10.1016/j.math.2016.04.006.
- [36] M. Yelland, « What do patients really want? », *Int. Musculoskelet. Med.*, vol. 33, n° 1, p. 1-2, mars 2011, doi: 10.1179/175361511X12965803070667.

- [37] M. O’Keeffe *et al.*, « What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis », *Phys. Ther.*, vol. 96, n° 5, p. 609-622, mai 2016, doi: 10.2522/ptj.20150240.
- [38] A. Morral, G. Urrutia, et X. Bonfill, « Placebo effect and therapeutic context: A challenge in clinical research », *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 149, n° 1, p. 26-31, juill. 2017, doi: 10.1016/j.medcli.2017.03.034.
- [39] H. K. Beecher, « THE POWERFUL PLACEBO », *J. Am. Med. Assoc.*, vol. 159, n° 17, p. 1602-1606, déc. 1955, doi: 10.1001/jama.1955.02960340022006.
- [40] K. Zou *et al.*, « Examination of overall treatment effect and the proportion attributable to contextual effect in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials », *Ann. Rheum. Dis.*, vol. 75, n° 11, p. 1964-1970, nov. 2016, doi: 10.1136/annrheumdis-2015-208387.
- [41] J. M. Menke, « Do manual therapies help low back pain? A comparative effectiveness meta-analysis », *Spine*, vol. 39, n° 7, p. E463-472, avr. 2014, doi: 10.1097/BRS.0000000000000230.
- [42] A. Delourme, « La souplesse du cadre », *Gestalt*, vol. no 25, n° 2, p. 29-47, 2003.
- [43] C. S. Berna, Y. Cojan, P. Vuilleumier, et J. A. Desmeules, « Effet placebo analgésique : apport des neurosciences », *Rev. Médicale Suisse*, vol. 7, n° 301, p. 1390, 2011.
- [44] C. Jacquemart et E. Schroeder, « Déterminants du recours à l’ostéopathie en première intention : enquête auprès de la clientèle d’ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées », exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2017.
- [45] T. De Gendt, A. Desomer, M. Goossens, et G. Hanquet, « Etat des lieux de l’ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique », Health Services Research (HSR), 2010. Consulté le: févr. 22, 2021. [En ligne]. Disponible sur: /fr/etat-des-lieux-de-l%E2%80%99ost%C3%A9opathie-et-de-la-chiropraxie-en-belgique.
- [46] B. Guinot, P. Cullus, et J. Foucart, « Les critères du (de la) patient(e) pour sélectionner son ostéopathe », *Mains Libr.*, n° N°4, p. 19-27, déc. 2018.
- [47] A. Revah-Levy et L. Verneuil, *Docteur, écoutez ! (résumé)*, Albin Michel. 2016.
- [48] C. J. Leach *et al.*, « Patients’ expectations of private osteopathic care in the UK: a national survey of patients », *BMC Complement. Altern. Med.*, vol. 13, p. 122, mai 2013, doi: 10.1186/1472-6882-13-122.
- [49] Ostéopathes de France, « Sondage IFOP pour les Ostéopathes de France: Les Français plébiscitent l’ostéopathie ». IFOP, sept. 2016.
- [50] D. Saal, M. Nuebling, et T. Heidegger, « L’évaluation de la satisfaction des patients a-t-elle un sens ? », *Prat. En Anesth. Réanimation*, vol. 10, n° 4, p. 305-310, sept. 2006, doi: 10.1016/S1279-7960(06)75585-1.
- [51] M. T. Lam, M. Banihashem, H. R. Lam, A. B. Wan, et E. Chow, « Patient experience, satisfaction, perception and expectation of osteopathic manipulative treatment: A systematic review », *Int. J. Osteopath. Med.*, vol. 32, p. 28-43, juin 2019, doi: 10.1016/j.ijosm.2019.04.003.
- [52] D. C. Morrell, M. E. Evans, R. W. Morris, et M. O. Roland, « The “five minute” consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction », *Br. Med. J. Clin. Res. Ed.*, vol. 292, n° 6524, p. 870-873, mars 1986, doi: 10.1136/bmj.292.6524.870.
- [53] J. Ogden *et al.*, « “I want more time with my doctor”: a quantitative study of time and the consultation », *Fam. Pract.*, vol. 21, n° 5, p. 479-483, oct. 2004, doi: 10.1093/fampra/cmh502.
- [54] D. C. Dugdale, R. Epstein, et S. Z. Pantilat, « Time and the patient-physician relationship », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 14 Suppl 1, p. S34-40, janv. 1999, doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.00263.x.
- [55] T. Teunis, E. R. Thornton, P. Jayakumar, et D. Ring, « Time Seeing a Hand Surgeon Is Not

- Associated With Patient Satisfaction », *Clin. Orthop.*, vol. 473, n° 7, p. 2362-2368, juill. 2015, doi: 10.1007/s11999-014-4090-z.
- [56] B. Vaughan, C. Burns, L. Burrige, J. Wigger, S. Blair, et J. Mulcahy, « Patient satisfaction and perception of treatment in a student-led osteopathy teaching clinic: Evaluating questionnaire dimensionality and internal structure, and outcomes », *Int. J. Osteopath. Med.*, vol. 31, p. 21-27, mars 2019, doi: 10.1016/j.ijosm.2019.01.002.
- [57] D. A. Gross, S. J. Zyzanski, E. A. Borawski, R. D. Cebul, et K. C. Stange, « Patient satisfaction with time spent with their physician », *J. Fam. Pract.*, vol. 47, n° 2, p. 133-137, août 1998.
- [58] V. Cross, C. M. J. Leach, C. A. Fawkes, et A. P. Moore, « Patients' expectations of osteopathic care: a qualitative study », *Health Expect.*, vol. 18, n° 5, p. 1114-1126, oct. 2015, doi: 10.1111/hex.12084.
- [59] J.-C. Vilatte, « Méthodologie de l'enquête par questionnaire ». Laboratoire Culture & Communication, Université d'Avignon, 2007.
- [60] D. Dubouchet, « « Quel ostéopathe pour me soigner ? » Les représentations et les attentes du public vis à vis de la profession d'ostéopathe en 2011 », Mémoire, Bretagne Ostéopathe, 2011.
- [61] « Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee », *insee.fr*. <https://www.insee.fr/fr/information/2497952> (consulté le mai 18, 2021).
- [62] « Annuaire - Registre Des Ostéopathes de France ROF ». <https://www.osteopathie.org/?fond=annuaire&latlong=&departement=> (consulté le mai 11, 2021).
- [63] « Liste des ostéopathes membres de l'AFO », *afosteo.org*. <https://www.afosteo.org/espace-afosteo-association/osteopathes-membres-afosteo/> (consulté le mai 11, 2021).
- [64] M. Lugen, « Petit guide de méthodologie de l'enquête ». Université libre de Bruxelles, 2015.
- [65] A. Bayle, « Analyser les réponses aux questions ouvertes des questionnaires de MOOC : Considérations méthodologiques », Inria, rapport technique, 2018. Consulté le: mai 09, 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://hal.inria.fr/hal-01735880>.
- [66] « Créez un nuage de mots clés en ligne », *NuageDeMots.co*. <https://nuagedemots.co/> (consulté le mai 12, 2021).
- [67] « Expertise judiciaire, Ostéopathie et Démographie janvier 2019 | CEJOE », *cejoe.org*. <https://cejoe.org/demographie-janvier-2019/> (consulté le mai 11, 2021).
- [68] « Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle | Insee », *insee.fr*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478> (consulté le avr. 20, 2021).
- [69] E. Salès-Wuillemin, M. Bromberg, et A. Trognon, « Méthodologie de l'enquête: De l'entretien au questionnaire. », *Press. Univ. Fr.*, p. 45-77, 2006.
- [70] D. Sackett, W. Richardson, W. Rosenberg, et B. Haynes, « Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Evidence-Based Medicine », *Churchill Livingstone*, vol. 2, janv. 2005.
- [71] M. Gedda, « Médecine factuelle, pratique factuelle et indice de factualité 1.0 (i-FACT) », *Kinésithérapie Rev.*, vol. 17, n° 187, p. 9-16, juill. 2017, doi: 10.1016/j.kine.2017.05.002.
- [72] A. Pallot et al., *Evidence-based practice en rééducation - Démarche pour une pratique raisonnée*, Elsevier Masson SAS, 2019.
- [73] J.-F. Terramorsi, *Ostéopathie Structurale - Lésion structurée, concepts structurants*, Éolienne & Géprou, 2013.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire « thérapeute » :	67
Annexe II : Questionnaire « patient » :	70
Annexe III : Tri des réponses ouvertes du questionnaire « thérapeute » :	74
Annexe IV : Résultats détaillés du questionnaire « thérapeute » (après tri) :	78
Annexe V : Résultats détaillés du questionnaire « patient » (après tri) :	81

Annexe I : Questionnaire « thérapeute » :

Enquête sur la durée de consultation en ostéopathie

Bonjour,

Je vous adresse ce questionnaire dans le cadre de mon travail de fin d'étude en ostéopathie.

Ce mémoire de recherche s'intéresse à votre organisation au cabinet et à votre opinion vis à vis de la durée des séances en ostéopathie.

Il vous faudra 5 minutes pour répondre aux questions qui suivent.

Je vous en remercie par avance.

Nicolas SAMBON-GUCHT

Votre pratique actuelle.

1. Quelle est la durée de vos premières consultations? *

Une consultation d'urgence de votre agende.

Une seule réponse possible.

- 0
 10
 15
 20
 25
 30
 35
 40
 45
 50
 55
 60
 65
 70
 75
 80
 85
 90

2. Quelle est la durée de vos consultations de suite? *

Une consultation d'urgence de votre agende.

Une seule réponse possible.

- 0
 10
 15
 20
 25
 30
 35
 40
 45
 50
 55
 60
 65
 70
 75
 80
 85
 90

3. D'une manière générale, vous êtes-vous déjà questionné sur la durée de consultation en ostéopathie? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

4. S'agissant de la durée de vos consultations: Êtes-vous satisfait de votre organisation actuelle? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout satisfait	<input type="radio"/>									
Totalement satisfait										

Choix et évolution de votre pratique

5. Parmi les propositions suivantes, laquelle a principalement orienté votre choix pour la durée de vos séances? *

Une seule réponse possible.

- Recommandation théorique lors de votre apprentissage.
- Pratique clinique et/ou observation en stage lors de votre apprentissage.
- Recommandation des instances professionnelles (syndicats, chartes de bonnes pratiques, etc).
- Autre : _____

6. Depuis votre début d'activité, avez-vous changé votre pratique concernant la durée de consultation? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non. Passer à la question 7

Modalité et raison de l'évolution de votre pratique

7. De quelle manière avez-vous modifié la durée de vos consultations? *

Une seule réponse possible.

- J'ai allongé mes créneaux de 5 minutes.
- J'ai allongé mes créneaux de 10 minutes.
- J'ai allongé mes créneaux de 15 minutes ou plus.
- J'ai raccourci mes créneaux de 5 minutes.
- J'ai raccourci mes créneaux de 10 minutes.
- J'ai raccourci mes créneaux de 15 minutes ou plus.
- Autre : _____

8. Pour quelle(s) raison(s) ? *

Répondre par un mot, une phrase simple. Exemples : Succès en retard, succès en avance, confort personnel, optimisation agenda, finances, suggestion / retour patients, manque d'effectif, plus d'expérience dans plus rapide, demande croissante, etc ...

Efficacité thérapeutique et satisfaction du patient

9. Donnez votre avis: La durée de consultation influe sur : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
L'efficacité du soin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La satisfaction du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Évaluez votre niveau de connaissance / information quant aux notions suivantes: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Très mauvais	Assez mauvais	Assez bon	Très Bon
Effet placebo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effet contextuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadre thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altitude thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre profil et les modalités de votre exercice.

11. Votre âge *

Une seule réponse possible.

- 18-25
 26-30
 31-40
 41-50
 51-60
 61-70
 71-80
 81 et plus

12. Votre lieu d'exercice: *

Une seule réponse possible.

- Cabinet
 Cabinet + Domicile
 Domicile
 En institution, en structure de soins
 Autre: _____

13. Votre type d'exercice: *

Une seule réponse possible.

- Fonctionnel
 Structurel
 Mixte
 Autre: _____

14. Êtes-vous professionnel(le) de santé? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 OUI - Médecin
 OUI - Paramédical

15. Situation géographique de votre exercice: *

Une seule réponse possible.

- Ville
 Semi-rural
 Rural

Annexe II : Questionnaire « patient » :

Enquête sur la durée de consultation en ostéopathie

Bonjour,

Je vous adresse ce questionnaire dans le cadre de mon travail de fin d'étude en ostéopathie.

Ce mémoire de recherche s'intéresse à votre expérience, votre ressenti et vos attentes vis-à-vis de la durée des séances en ostéopathie.

Il vous faudra 5 minutes pour répondre aux questions qui suivent.

Je vous en remercie par avance.

Nicolas WANDER-GUCHT.

***Obligatoire**

Votre expérience en ostéopathie

1. Avez-vous déjà consulté un ostéopathe ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non. Passer à la question 15

Votre dernière séance d'ostéopathie

Les questions qui suivent s'adressent à votre dernière séance d'ostéopathie.

2. À quand remonte cette dernière séance ? *

Une seule réponse possible.

- Il y a moins d'une semaine
- Entre 1 semaine et 1 mois
- Entre 1 mois et 3 mois
- Entre 3 mois et 6 mois
- Il y a plus de 6 mois

3. Pour quel motif avez-vous consulté ? *

Une seule réponse possible.

- 'Check up' / Prévention
- Douleur(s) récente(s)
- Suivi de douleur(s) chronique(s)
- Bien-être / Relaxation
- Autre : _____

4. Cette dernière séance correspondait à : *

Une seule réponse possible.

- Une première séance pour ce motif
- Une séance de suivi (à la suite d'une première séance pour compléter le traitement)
- Une séance récurrente (si vous consultez régulièrement de manière espacée pour le même motif)

5. Avez-vous déjà consulté cet ostéopathe ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

6. D'une manière générale, avez-vous été satisfait(e) du soin reçu? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfait	<input type="radio"/>	Totalement satisfait									

7. Suite à cette séance, donnez votre degré de satisfaction selon les items suivants. *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Assez satisfait	Tout à fait satisfait
Le temps accordé par le praticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les explications fournies par le praticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déroulé proposé par le praticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La disponibilité du praticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La confiance en votre praticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Combien de temps avait duré la consultation? (En minutes) *

Une seule réponse possible.

- 15 ou moins
 20
 30
 35
 40
 45
 50
 55
 60
 70
 80
 90 ou plus
 Je n'ai pas fait attention ou je ne me souviens plus

9. Avez-vous été satisfait(e) de la durée de consultation? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfait	<input type="radio"/>	Totalement satisfait									

Ostéopathe et durée de consultation

Cette partie s'intéresse d'une manière générale à votre ressenti et à vos attentes quant à la durée de consultation en ostéopathie.

10. Toutes disciplines de santé confondues, avez-vous déjà été insatisfait(e) par la durée de consultation? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. En ostéopathie, avez-vous déjà été insatisfait(e) par la durée de consultation? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. À partir de quelle durée jugez vous une séance d'ostéopathie trop courte ? (En minutes) *

Une seule réponse possible.

- 5
 10
 15
 20
 25
 30
 35
 40
 45
 50
 55
 60
 65
 70
 75
 80
 85
 90

13. À partir de quelle durée jugez vous une séance d'ostéopathie trop longue ? (En minutes) *

Une seule réponse possible.

- 5
 10
 15
 20
 25
 30
 35
 40
 45
 50
 55
 60
 65
 70
 75
 80
 85
 90

14. Dans les situations suivantes, dans quelle mesure la durée de consultation a-t-elle été un critère déterminant? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout déterminant	Peu déterminant	Assez déterminant	Tout à fait déterminant
Lors de votre décision de consulter en ostéopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors du choix de votre praticien ostéopathe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour apprécier l'efficacité du soin reçu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour évaluer votre sentiment de satisfaction suite à la séance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Votre Sexe *

Une seule réponse possible.

- Femme
 Homme

16. Votre âge *

Une seule réponse possible.

- 18-25
 26-30
 31-40
 41-50
 51-60
 61-70
 71-80
 81-90
 91 et plus

17. Votre catégorie socioprofessionnelle *

D'après la "Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles" de l'INSEE (2025)

Une seule réponse possible.

- Agriculteur exploitant
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Cadre supérieur, profession libérale, ingénieur...
 Profession intermédiaire et technicien (cadre-moyen, infirmier, professeur des écoles, animateur, éducateur...)
 Employé administratif et employé de commerce
 Ouvrier, ouvrier agricole, manoeuvre, ouvrier, livreur...
 Retraité
 Sans activité professionnelle (recherche d'emploi, étudiant...)
 Autre : _____

18. Votre lieu de résidence *

Une seule réponse possible.

- Ville
 Semi-rural
 Rural

Ce contenu créé et hébergé et sécurisé par Google

Google Forms

Annexe III : Tri des réponses ouvertes du questionnaire « thérapeute » :

<p>Q5 : Parmi les propositions suivantes, laquelle a principalement orienté votre choix pour la durée de vos séances ? (Création de 3 catégories réunissant des réponses de même signification et d'une catégorie "autre")</p>
<p>"Expérience pratique et ressenti personnel" (93 réponses) : (La présentation dans ce tableau est non exhaustive car beaucoup sont identiques)</p>
Pratique quotidienne, entraînement, habitude.
Expérience personnelle.
Évolution personnelle au long de la vie professionnelle
Le terrain.
Expérimentation personnelle de plusieurs durées de consultation.
Au fur et à mesure de ma pratique au cabinet.
La durée à évoluer en fonction de ma pratique. Au début 1h, maintenant 45 min parfois 30. Selon les patients.
Je traite le patient dans sa globalité, il me semble que c'est le temps nécessaire.
J'ai testé différent temps et 45 min est le plus adapté pour moi.
La pratique.
Expérience au cours de différentes collaborations et remplacements.
En 45 minutes je suis sûr de pouvoir faire ma séance. Si je la fais en moins de temps, je prends une pause.
Le temps nécessaire et adapté à ma pratique.
En pratiquant avec mes patients.
Ma propre expérience. En essayant différentes durées de consultation.
Choix personnel. Le temps théorique lors de l'apprentissage était trop court (45min).
Pratique quotidienne.
Pratique clinique et vécu en tant que patiente.
J'ai adapté après des années de remplacement pour avoir la durée qui me correspond.
Ma propre pratique petit à petit.
J'ai adapté après des années de remplacement pour avoir la durée qui me correspond.
Confort.
Je suis lent.
Volonté de prendre mon temps.
Ajustement personnel empirique.
C'est mon rythme. Moins c'est jouable mais pas confortable. Plus c'est trop long.
Temps de confort pour ne pas regarder ma montre pendant toute la consultation.
Durée nécessaire pour avoir le temps.
Ma pratique. Temps nécessaire pour travailler sereinement et prévoir le retard potentiel des patients.
Permet un temps administratif et Covid.
Choix personnel.
Besoin personnel.
Décision personnelle depuis le début de ma pratique en cabinet. Différent du temps lors de

l'apprentissage.
Je n'arrive pas à faire moins d'une heure ou rarement.
Rythme personnel.
Propre organisation.
J'aime prendre mon temps avec les patients.
Ma pratique personnelle. Le fait de prendre le temps avec les patients
Ma façon de travailler et l'écoute de mes patients.
Besoin de communication avec les patients.
Un rythme soutenu qui me convient. Le trop est l'ennemi du bien.
J'ai toujours trouvé les 45 minutes standard trop courtes.
"Pratique technique actuelle" (4) :
Ma pratique et mon orientation vers la biodynamie.
Observation tissulaire chez les patients.
Application de nouvelles techniques plus lentes et nouveau concept.
Lenteur technique.
"Durée suffisante pour être efficace" (11) :
Le temps pour que les informations soient bien transmises.
Le temps de faire un bon travail en une séance.
C'est dans ce laps de temps que je me sens à l'aise et efficace. Ce temps convient parfaitement pour les patients qui viennent me consulter.
C'est le temps que j'estime avoir besoin pour prendre correctement le patient.
C'est le temps nécessaire.
Clinique (vue) + théorie + laisser le temps au patient de "connaître" son praticien et commencer la "relation" de confiance indispensable.
Nécessité : MDC + questionnaire, anamnèse + phase de traitement + Retester le MDC.
Le temps nécessaire + Covid + écoute des patients.
Temps nécessaire pour le ressenti.
Pratique comme à l'école puis expérience cabinet. Moins de 60 mins = moins efficaces. Plus c'est trop.
"Autre" (5) :
Facilité d'organisation pour l'agenda.
La durée de consultation des confrères.
Durée effectuée par mon prédécesseur.
Les charges à payer m'ont forcé de passer de 1h à 45min pour pouvoir faire plus de patients.
Choisi par mon collaborateur.

Q7 : De quelle manière avez-vous modifié la durée de vos consultations ?
(Sont présentées ici les réponses qui ont été ajoutées aux propositions existantes ainsi que la nouvelle catégorie "autre")
"Durée de consultation raccourcie" (5) :
Je garde 1H de créneaux mais mes séances se font en 50 mins.
Je laisse un temps de 15 minutes entre les consultations pour avoir une "marge".

1H, puis 30 mins, puis 1H, puis 45 mins.
Au début j'étais à 1H, puis 45 mins, et maintenant 55 mins.
15 min de moins pour les séances de suivis.
"Durée de consultation allongée" (4) :
10 mins de plus pour les nouveaux patients.
J'ai essayé plusieurs formats : 45/40/30 mins.
10 min de plus pour les nouveaux patients
Je suis passé à 1H après le premier déconfinement.
"Autre" (9) :
J'alterne 30 mins et 45 mins pour me laisser du temps au cas où j'en ai besoin.
Je garde que des rendez-vous de 45 mins sur l'agenda. Souvent, pour une séance de suivi et s'il y a moins de symptômes, je fais une séance de 30 mins.
La consultation varie de 30 mins à 1H.
J'ai raccourci de 15 mins mes séances de suivi avant de revenir à 45 mins.
Un créneau d'1H au milieu des créneaux de 45 mins pour compenser un retard éventuel.
J'ai testé 30 mins et 1H avant de garder 45 mins.
J'ai raccourci les créneaux puis je les ai rallongés à 1H.
J'ai raccourci à 30 min en collaboration. Auparavant, 45 mins à mon cabinet. 1H en début de Covid (aération et désinfection).
Je laisse souvent des créneaux de libre pour rattraper mon retard éventuel.

Q8 : Pour quelle raison ? (Création de 12 catégories regroupant par thèmes les idées des participants) (Ce tableau présente de façon non exhaustive les thèmes et les réponses correspondantes)
"Confort personnel" :
Confort personnel pour dégager une pause. Au-delà de 4 patients d'affilée je me sens moins efficace. Permet aussi la gestion du retard.
J'ai apprécié d'être plus cool en 40 mins donc j'ai gardé ce rythme (initialement à cause du Covid).
J'aime prendre le temps avec mes patients.
Confort personnel afin de prendre le temps avec mes patients.
Pas assez de temps en 30 mins pour tout faire tranquillement.
J'aime moins courir. Permet aussi une petite pause si en avance.
Même durée de consultation pour tout le monde. Il me faut souvent un peu plus de temps pour une première séance et permet une pause si je suis en avance.
Même durée et si je suis en avance cela permet une pause
Peur du retard au début. Maintenant, 45 mins avec une pause de 15 mins tous les 2 patients. Permet un temps de pause et de nettoyage Covid.
J'ai arrêté les pauses entre les patients.
Je garde les mêmes créneaux. Permet un temps de "confort" si consultation plus courte.
"Consacrer plus de temps aux patients" :
Permet de mieux expliquer le soin aux patients.

Pour donner du temps d'écoute aux patients.

"Confort technique" :

Besoin de temps pour mon ressenti.

Nouvelles pratiques.

Nouvelles techniques.

Permet de plus grandes possibilités.

"Optimisation d'agenda" :

Optimisation de mon agenda, Créneaux à l'heure plus faciles à retenir pour les patients.

Optimisation du planning, moins d'appels à passer entre chaque patients grâce à internet.

"Plus rapide" :

Anamnèse plus rapide.

Raccourci de mes tests avec l'expérience.

Techniques plus rapides avec l'expérience.

Je suis plus sûre de moi.

Permet une séance plus dynamique.

J'étais plus long par prudence.

Plus d'expérience donc plus rapide.

"Autre" :

Le trop est l'ennemi du bien et ce n'est pas un salon de thé.

Sensation de trop en faire au-delà de 30-35 mins.

De 45 mins je suis passé à 30 mins en moyenne. 45 mins me poussaient à surcharger les soins de superflu. Avec l'expérience, j'élague ma pratique.

La longueur de la séance n'est pas gage de réussite. Plus efficace sur deux séances plutôt qu'une longue et unique séance. Cela me permet aussi d'être moins en retard.

Séance de suivi plus courte pour ne pas être en "sur-traitement". Ne pas déséquilibrer ce qui a bien réagit lors de la 1ère séance. Anamnèse également plus courte.

Limiter les bavardages de la part du patient. Ces 15 minutes étaient souvent de trop mais parfois il les faudrait.

Annexe IV : Résultats détaillés du questionnaire « thérapeute » (après tri) :

- **Q1 : Quelle est la durée de vos premières consultations ?**

Durée séance initiale (en minutes)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	70	75	90
Nombre de réponse	3	2	30	4	28	162	21	8	150	5	6	5

- **Q2 : Quelle est la durée de vos consultations de suivi ?**

Durée séance de suivi (en minutes)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	70	75	90
Nombre de réponse	2	7	2	71	13	24	180	21	5	93	1	2	3

- **Q3 : D'une manière générale, vous êtes-vous déjà questionné sur la durée de consultation en ostéopathie ?**

OUI	NON
338	86

- **Q4 : S'agissant de la durée de vos consultations : Êtes-vous satisfait de votre organisation actuelle ?**

Échelle de satisfaction de 1 à 10/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponse	0	0	1	3	6	14	35	111	79	175

- **Q5 : Parmi les propositions suivantes, laquelle a principalement orienté votre choix pour la durée de vos séances ?**

Pratique clinique et/ou observation en stage lors de l'apprentissage	Expérience pratique et ressenti personnel	Recommandation théorique lors de l'apprentissage	Durée suffisante pour être efficace	Adapté à mes techniques actuelles	Recommandation des instances professionnelles	Autre
250	93	59	11	4	2	5

- **Q6 : Depuis votre début d'activité, avez-vous changé votre pratique concernant la durée de consultation ? (Si non, passer à la Q9)**

OUI	NON
228	196

- **Q7 : De quelle manière avez-vous modifié la durée de vos consultations ?**

Moins 5 minutes	Moins 10 minutes	Moins 15 minutes (ou plus)	Plus 5 minutes	Plus 10 minutes	Plus 15 minutes (ou plus)	Autre
20	38	79	6	22	54	9

- **Q8 : Pour quelle(s) raison(s) ?**

Raisons d'avoir allongé la durée des consultations :				
Confort personnel	Retard	Consacrer plus de temps aux patients	Confort technique	Covid
39	18	16	12	10

Raisons d'avoir raccourci la durée des consultations :									
Plus rapide	Plus d'expérience	Avance	Confort personnel	Optimisation d'agenda	Optimisation financière	Plus efficace	Demande croissante	Retours patients	Autre
48	25	24	19	19	7	6	3	1	5

- **Q9 : Donnez votre avis : La durée de consultation influe sur :**

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
L'efficacité du soin	91	110	174	49
La satisfaction du patient	19	55	273	77

- **Q10 : Évaluez votre niveau de connaissance / information quant aux notions suivantes :**

	Très mauvais	Assez mauvais	Assez bon	Très Bon
Effet placebo	7	72	273	72
Effet contextuel	17	93	253	61
Cadre thérapeutique	6	60	265	93
Alliance thérapeutique	12	56	247	109

- **Q11 : Votre âge :**

18-25	26-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
44	120	162	56	25	14	3

- **Q12 : Votre lieu d'exercice :**

Cabinet	Cabinet + Domicile	Cabinet + Autre(s) structure(s)	Cabinet + Domicile + Autre(s) structure(s)
332	84	5	3

- **Q13 : Votre type d'exercice :**

Structurel	Fonctionnel	Mixte	Autre
68	48	288	20

- **Q14 : Êtes-vous professionnel(le) de santé ?**

NON	OUI - Médecin	OUI - Paramédical
312	2	110

- **Q15 : Situation géographique de votre exercice :**

Rural	Semi rural	Ville
62	134	228

Annexe V : Résultats détaillés du questionnaire « patient » (après tri) :

- **Q1 : Avez-vous déjà consulté un ostéopathe ? (Si Non, passer à Q15)**

OUI	NON
206	19

- **Q2 : À quand remonte cette dernière séance ?**

Il y a moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un mois et trois mois	Entre trois mois et six mois	Il y plus de six mois
16	33	40	34	83

- **Q3 : Pour quel motif avez-vous consulté ?**

Suivi de douleur(s) chronique(s)	Douleur(s) récente(s)	"Check up" / Prévention	Bien-être / Relaxation	Suivi de grossesse et post-partum	Fertilité
47	117	32	5	4	1

- **Q4 : Cette dernière séance correspondait à :**

Une première séance pour ce motif	Une séance récurrente (pour le même motif)	Une séance de suivi (pour compléter le traitement)
81	87	38

- **Q5 : Avez-vous déjà consulté cet ostéopathe ?**

OUI	NON
150	56

- **Q6 : D'une manière générale, avez-vous été satisfait(e) du soin reçu ?**

Échelle de satisfaction de 1 à 10/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponse	1	0	3	1	2	6	23	43	46	81

- **Q7 : Suite à cette séance, donnez votre degré de satisfaction selon les items suivants :**

Satisfaction /	Le temps accordé par le praticien	Les explications fournies par le praticien	L'écoute proposée par le praticien	La disponibilité du praticien	La confiance en votre praticien
Pas du tout satisfaisant	0	0	0	0	1
Peu satisfaisant	4	8	7	4	5
Assez satisfaisant	40	57	48	51	54
Tout à fait satisfaisant	162	141	151	151	146

- **Q8 : Combien de temps avait duré la consultation ?**

Durée (en minutes)	Je n'ai pas fait attention ou je ne me souviens plus	20	30	35	40	45	50	55	60	70	80
Nombre de réponse	3	8	35	5	19	58	23	10	35	7	3

- **Q9 : Avez-vous été satisfait(e) de la durée de consultation ?**

Échelle de satisfaction de 1 à 10/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponse	2	0	1	2	5	4	9	44	36	103

- **Q10 : Toutes disciplines de santé confondues, avez-vous déjà été insatisfait par la durée de consultation ?**

OUI	NON
155	51

- **Q11 : En ostéopathie, avez-vous déjà été insatisfait par la durée de consultation ?**

OUI	NON
33	173

- **Q12 : À partir de quelle durée jugez-vous une séance d'ostéopathie trop courte ?
(En minutes)**

Durée (en minutes)	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Nombre de réponse	2	15	28	37	21	64	7	16	14	2

- **Q13 : À partir de quelle durée jugez-vous une séance d'ostéopathie trop longue ?
(En minutes)**

Durée (en minutes)	55	60	65	70	75	80	85	90
Nombre de réponse	1	69	17	18	16	18	1	29

- **Q14 : Dans les situations suivantes, dans quelle mesure la durée de consultation a été un critère déterminant ?**

	Décision de consulter en ostéopathie	Choix du praticien ostéopathe	Appréciation de l'efficacité du soin reçu	Évaluation du sentiment de satisfaction suite à la séance
Pas du tout déterminant	55	65	29	29
Peu déterminant	74	48	27	36
Assez déterminant	59	62	80	85
Tout à fait déterminant	18	31	70	56

- **Q15 : Votre Sexe :**

Femme	Homme
146	60

- **Q16 : Votre âge :**

18-25	26-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
9	36	103	29	12	14	3

- **Q17 : Votre catégorie socioprofessionnelle :**

Artisan, commerçant, chef d'entreprise	11
Cadre supérieur, profession libérale, ingénieur...	93
Profession intermédiaire et technicien (cadre moyen, infirmier, professeur des écoles, animateur, éducateur...)	47
Employé administratif et employé de commerce	26
Ouvrier, ouvrier agricole, manœuvre, routier, livreur...	3
Sans activité professionnelle (recherche d'emploi, étudiant...)	12
Retraité	14
Agriculteur	0

- **Q18 : Votre lieu de résidence :**

Ville	Rural	Semi rural
144	24	38

RÉSUMÉ

Ce Travail d'Étude et de Recherche propose d'établir un état des lieux de la durée de consultation en ostéopathie et d'engager une réflexion au sujet de l'incidence du temps de soin sur l'efficacité thérapeutique et l'expérience des patients. Pour ce faire, une étude théorique préalable, étayée par de la littérature scientifique, a permis l'élaboration d'une enquête statistique et d'opinion par questionnaires (thérapeute et patient).

L'enquête statistique « thérapeute », fait état d'une grande diversité de pratique en France. La durée moyenne d'une consultation est de 45 minutes. Les modalités d'exercices sont davantage régies par la formation reçue et l'expérience que par le type d'ostéopathie pratiquée. En corolaire, nous apprenons que les ostéopathes sont bien conscients du phénomène contextuel engendré par la durée des séances. L'enquête « patient », montre que la durée de consultation est un facteur déterminant pour ces derniers afin de juger de l'efficacité du soin et pour évaluer leur satisfaction. Les attentes des patients se portent principalement sur des séances de 45 minutes. Cette durée semble donc être optimale pour coupler satisfaction des patients et souhaits organisationnels des thérapeutes. Ces résultats manquent cependant de validité du fait de l'échantillon « patient » peu représentatif.

Au final, ce travail ouvre des perspectives intéressantes au sujet de la durée de consultation. Thème encore peu exploré en ostéopathie. Il amène notamment à nous questionner sur les effets contextuels des soins (ou effet placebo). Ce phénomène est modulé par les attentes et croyances du patient et tout autant par le contexte de la prise en charge (durée de consultation – cadre thérapeutique). Le modèle d'étude « *open-hidden* » est proposé pour approfondir et quantifier ce phénomène et semble pouvoir jouer un rôle primordial pour améliorer la visibilité scientifique de l'ostéopathie.

Mots Clés

- Ostéopathie
- Durée de consultation
- État des lieux
- Effet contextuel
- Satisfaction patient