

## SONDAGE

Version 4.0

*Remarque préliminaire : pour faciliter la lecture, nous renonçons à employer systématiquement les deux genres. Il va de soi que toutes les désignations professionnelles concernent aussi bien les femmes que les hommes.*

## Partie A – Enregistrement

### **Bienvenu!**

#### I. Pourquoi cette étude est-elle importante ?

Nous estimons à plus de 1000 les ostéopathes professionnels titulaires d'un diplôme intercantonal d'ostéopathie qui pratiquent en Suisse. En juin 2016, le Parlement suisse a adopté la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan), qui reconnaît l'ostéopathie comme une profession de la santé à part entière. Cependant, les prestations thérapeutiques spécifiques des ostéopathes et leur contribution à la santé publique sont encore peu connues du grand public. Ce pourquoi la communauté des ostéopathes a exprimé le souhait de soutenir une étude pour mieux faire connaître le travail ostéopathique et la profession en général. À cet effet, la Fondation suisse en faveur de la formation et de la recherche en ostéopathie a chargé la HEdS-FR de faire une évaluation des prestations ostéopathiques fournies en Suisse.

La présente étude a pour objectif de mieux faire comprendre le rôle des ostéopathes dans le système de santé suisse en mettant en lumière leur activité professionnelle, leurs prestations et le profil de leurs patients.

Les informations que vous donnerez dans ce cadre serviront à décrire la profession, formuler des objectifs de formation, planifier la formation continue, identifier des thèmes importants pour la recherche et fournir des données pour les négociations entre parties prenantes. L'étude permettra en outre la comparaison internationale et aidera à définir des priorités nationales pour la profession dans le cadre d'une stratégie globale. Au niveau national, on attend des résultats qu'ils permettent aux ostéopathes de mieux se décrire soi-même à d'autres professionnels de la santé et au public, et à l'ostéopathie d'être reconnue comme un prestataire précieux dans le paysage suisse de la santé.

#### II. Qui peut participer ?

Pour pouvoir participer à l'étude, vous devez être ostéopathe diplômé CDS ou un ostéopathe-assistant travaillant pour un ostéopathe diplômé CDS.

### III. Structure du questionnaire

Le questionnaire est articulé en trois parties (A, B et C). La partie A (que vous êtes en train de lire) explique le pourquoi de l'étude et le comment de l'utilisation des données.

La partie B (29 brèves questions) s'adresse à tous les ostéopathes, aussi à ceux qui n'ont pas ou plus d'activité clinique. La remplir devrait prendre 10-15 minutes et ne nécessite aucun matériel additionnel.

La partie C s'adresse uniquement aux ostéopathes ayant eu une activité clinique en 2016. Elle porte sur le type de patients traités et sur le type de prestations fournies. On vous demandera de fournir des informations anonymisées sur quatre patients sélectionnés de manière aléatoire.

Entrer les données pour chaque patient devrait prendre 5 à 20 minutes en fonction de la complexité de son cas. Vous pouvez compléter la Partie C en plusieurs fois. Toutes les informations anonymisées que vous donnez sont enregistrées séparément de la partie B et ne pourront en aucun cas être retracées jusqu'à vous ou vos patients.

### IV. Pourquoi est-il important de participer ?

Votre contribution est très précieuse pour la profession. L'étude au sujet de votre activité va non seulement sensibiliser le public aux apports de l'ostéopathie, mais aussi permettre de mieux orienter le développement de cette profession de la santé en fonction des besoins.

La participation au sondage est à bien plaisir et vous pouvez arrêter le questionnaire à tout moment. Si vous décidez de ne pas participer, veuillez donner la ou les raisons de cette décision.

Le sondage sera utile seulement s'il reflète la réalité des ostéopathes. Il est donc important d'obtenir des réponses aussi précises que possibles. Si vous ne savez pas comment répondre à telle ou telle question, cocher la case « ne sais pas/ne peux le déduire du dossier ».

### V. Dois-je obtenir le consentement de mes patients pour fournir des informations sur mon activité tirées de leur dossier ?

Non, car cette étude utilise des données de patients anonymisées. Comme nous l'ont confirmé les Préposés à la protection des données et à la transparence, sous cette condition, il n'est pas nécessaire pour vous d'obtenir le consentement des patients pour décrire votre activité. Cependant, nous vous encourageons (sans obligation aucune) à imprimer le document suivant pour informer vos patients au sujet de cette étude, qui vise à améliorer la qualité des traitements ostéopathiques.



[bit.ly/2ne7iBq](https://bit.ly/2ne7iBq)

## VI. Où iront mes données, comment seront-elles traitées et par qui ?

Vos données sont encryptées et envoyées par Internet au moyen de RedCap, un service dédié développé par la *Vanderbilt University* à l'intention d'institutions à but non lucratif pour réaliser des études hautement confidentielles et contenant des données potentiellement sensibles. Ce système les enregistrera dans un centre de données certifié à la Haute Ecole d'Ingénierie et d'Architecture de Fribourg. La protection des données est garantie au niveau du traitement et de l'hébergement des données. Vos réponses au questionnaire sont entièrement anonymisées et les adresses IP inaccessibles aux chercheurs. Votre statut dans l'étude est géré automatiquement par le système ; il sera donc impossible au personnel de recherche de faire le lien avec vos réponses. Les données entièrement anonymisées seront accessibles uniquement au personnel scientifique de la Haute École de Santé de Fribourg (HEdS-FR) qui les utilisera pour faire progresser le savoir sur la profession, identifier de nouvelles questions de recherche et faire des recommandations pour le développement de mesures et de prestations. Le rapport d'étude sera publié et vous sera rendu accessible. La Fondation suisse en faveur de la formation et de la recherche en ostéopathie a le droit d'utiliser et de diffuser le rapport si elle l'estime utile.

## VII. En quoi puis-je profiter en participant ?

En participant, vous nous aidez à assurer la qualité du sondage. Votre contribution permet de reconnaître votre rôle pour définir la profession. Votre participation compte en outre en tant que formation continue ; nous pouvons à votre demande vous fournir un document de la HEdS-FR qui attestant de 6 heures de formation continue. Cette attestation est reconnue par la SVO-FSO.

## VIII. Si j'ai des questions avant de commencer à remplir le questionnaire, à qui puis-je m'adresser ?

L'information donnée plus haut est également disponible en ligne :



[bit.ly/2njSqmP](https://bit.ly/2njSqmP)

Si vous avez des questions, vous pouvez joindre Paul Vaucher pendant les heures de bureau au numéro +41 (0)26 429 60 41 ou par courriel à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch).

## IX. Mon consentement

En acceptant de participer, vous confirmez que vous avez lu et compris ce qui précède. Votre participation est à bien plaisir et vous pouvez à tout moment décider d'arrêter de participer.

Ce sondage a été prévu pour être répondu sur un smartphone. Nous vous recommandons d'y répondre en utilisant un écran tactile.

### **A1** Acceptez-vous de participer ?

Oui (passez à A5)

Non

X. Afin que nous sachions pourquoi ?

**A2 Pourquoi refusez-vous de participer ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Je ne réponds pas aux critères pour pouvoir participer (c.à.d. ostéopathe CDS suisse, ou ostéopathe assistant)
- Je n'ai pas le temps
- Je ne m'intéresse pas à la recherche
- Je n'ai pas été suffisamment informé
- Je ne pense pas que la présente étude soit utile pour la profession
- Je ne veux pas que des données sur ma pratique soient utilisées pour décrire l'ostéopathie
- Autres Si autre(s) > veuillez préciser \_\_\_\_\_

**A3 Avez-vous au moins un assistant qui travaille pour vous ?**

(Par assistant, nous entendons tout ostéopathe dépendant travaillant sous votre supervisions pour compléter leur période d'assistanat.)

- Oui
- Non (passez à A4)

**A3b Combien d'assistants travaillent sous votre supervision ?**

Saisissez le nombre: \_\_

**A3c Coordonnées de(s) assistant(s)**

Veillez inscrire la/les adresse(s) e-mail de votre/vos assistant/s dans les champs prévus. Il nous est impossible de vous identifier, car ces données sont totalement indépendantes de vos réponses antérieures.

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**A4 Veillez indiquer vos souhaits en matière d'information et de contact**  
*(plusieurs réponses possibles)*

- Je souhaite recevoir une newsletter pendant la durée de l'étude.
- Je souhaite recevoir un exemplaire du rapport final.
- Je consens à être contacté par la HES pour information au sujet d'autres sondages concernant ma profession auxquels je pourrais participer.
- Je ne souhaite pas être contacté (passez à XI)

*Si vous avez coché une des cases ci-dessus :*

Veillez nous donner votre adresse e-mail pour que nous puissions vous contacter ultérieurement. Celle-ci ne sera en aucun cas reliée à vos réponses précédentes hormis la question A4. Vous pouvez demander à être rayé de la liste des contacts en tout temps en écrivant à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch).

**A4b** Veillez donner votre adresse e-mail : \_\_\_\_\_

XI. **Merci !**

Merci d'avoir pris le temps de lire et de compléter la partie A.

Si vous avez des questions, ou des problèmes, vous pouvez joindre Paul Vaucher pendant les heures de bureau au numéro +41 (0)26 429 60 41 ou par courriel à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch).

**FIN DU QUESTIONNAIRE**

## XII. Bienvenue !

Un grand merci pour votre disponibilité. Votre participation à cette étude contribuera à une meilleure compréhension de la profession d'ostéopathe.

Pour maximiser le nombre possible de participants, nous aimerions savoir si vous travaillez avec un ou des assistants que nous pourrions contacter pour participer au sondage.

### **A5 Avez-vous un assistant/des assistants qui travaille/nt pour vous ?**

(Par assistant, nous entendons tout ostéopathe dépendant travaillant sous votre supervisions pour compléter leur période d'assistantat.)

- Oui
- Non (passez à A6)

### **A5b Combien de vos assistants remplissent déjà les conditions pour passer le deuxième examen CDS une fois la période d'assistantat terminée ?**

(Par ceci, nous entendons n'importe quel ostéopathe réalisant sa période d'assistantat de deux ans avec l'intention d'obtenir leur diplôme GDK-CDS, et qui sera accepté pour se présenter au deuxième examen une fois cette période terminée. Si vous ne savez pas si votre assistant répondra aux condition pour se présenter au deuxième examen de la GDK-CDS, saisissez le nombre d'assistants travaillant pour vous.)

*Entrer le nombre : \_ \_*

### **A5c Coordonnées de(s) assistant(s)**

Veillez inscrire la/les adresse(s) e-mail de votre/vos assistant/s dans les champs prévus. Il nous est impossible de vous identifier, car ces données sont totalement indépendantes de vos réponses antérieures.

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |



### XIII. Enregistrement

**A6**      **Veillez indiquer vos souhaits en matière d'information et de contact**

*(plusieurs réponses possibles)*

- Je souhaite recevoir une newsletter pendant la durée de l'étude.
- Je souhaite recevoir un exemplaire du rapport final.
- Je consens à être contacté par la HES pour information au sujet d'autres sondages concernant ma profession auxquels je pourrais participer.
- Je ne souhaite pas être contacté

**A6b**      **Veillez donner votre adresse email.**

Votre adresse email n'est pas liée aux autres informations que vous nous donnerez dans le reste du questionnaire (hormis la question A6). Vous pouvez demander à être rayé de la liste des contacts en tout temps en écrivant à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch).

---

Merci d'avoir pris le temps de lire et de compléter la Partie A du questionnaire. Continuez maintenant avec la Partie B.

Si vous avez des questions, ou des problèmes, vous pouvez joindre Paul Vaucher pendant les heures de bureau au numéro +41 (0)26 429 60 41 ou par courriel à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch).

## Partie B – Informations sur vous et votre pratique

Veillez répondre au mieux à toutes les questions et en procédant de manière systématique (répondre à toutes les questions d'une section avant de passer à la section suivante).

### Section 1 – Vos données personnelles

#### B1 Votre sexe

- masculin                       féminin

#### B2 Votre âge (nombre d'années)

- 20 – 29  
 30 – 39  
 40 – 49  
 50 – 59  
 60 – 64  
 65 – 69  
 70 – 79  
 80 ou plus

#### B3 Vos compétences linguistiques

|          | Couramment            | bien                  | un peu /limité        | pas du tout           |
|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Allemand | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Français | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Italien  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Romanche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anglais  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Section 2 – Votre formation d’ostéopathe

### B4 L’année de l’obtention de votre diplôme d’ostéopathe :

Année: \_ \_ \_ \_

### B5 Le pays où vous avez obtenu votre qualification en tant que praticien

Pays: \_\_\_\_\_

### B6 Vos qualifications académiques (plusieurs réponses possibles)

|                                    | Diplôme                  | Bachelor                 | Master                   | PhD                      | CAS                      | DAS                      | MAS                      |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ostéopathie                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre profession de santé          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Humanités                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sciences                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Économie                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arts                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre<br>(veuillez préciser): ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### B7 Quel(s) examen(s) CDS avez-vous passé(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Examen organisé pour les ostéopathes praticiens ayant fait leur formation avant la réglementation CDS (jusqu’en 2012)
- 1er examen CDS-GDK (connaissances de base)
- 2e examen CDS-GDK (clinique)
- Demande de reconnaissance d’équivalence internationale au 1<sup>er</sup> examen

**B8** En quelle année avez-vous passé votre dernier examen CDS ou demandé la reconnaissance internationale de vos qualifications ?

Année: \_ \_ \_ \_

**B9** Avez-vous eu une activité clinique comme ostéopathe en 2016 ?

- Oui (passez à la Section 4 – Vos activités professionnelles comme ostéopathe)
- Non (passez à la Section 3 – Vos activités professionnelles comme personne ne pratiquant plus l’ostéopathie)

## Section 3 – Vos activités professionnelles comme personne ne pratiquant plus l'ostéopathie

### **B10** En quelle année avez-vous arrêté de pratiquer l'ostéopathie?

Année: \_ \_ \_ \_

### **B11** Pourquoi ?

(plusieurs réponses possibles)

- Congé parental
- Formation
- Retraite
- Problèmes de santé
- Autre travail clinique
- Enseignement/recherche
- Travail dans un autre domaine
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

(passez à B29)

## Section 4 – Vos activités professionnelles comme ostéopathe

**B12 En 2016, combien de semaines avez-vous travaillé comme ostéopathe ?**

(Astuce: pour rapidement calculer le nombre de semaines, déduisez vos semaines de congés aux 52 semaines de l'année)

Semaines: \_ \_ \_ \_ \_

**B13 En 2016, dans le cadre d'une semaine de travail normale, combien d'heures par semaine avez-vous**

|                                                 | heures |
|-------------------------------------------------|--------|
| travaillé comme ostéopathe ?                    | --     |
| supervisé le travail d'autres ostéopathes ?     | --     |
| effectué des tâches de gestion/administration ? | --     |

**B14 En 2016, quel était votre statut professionnel d'ostéopathe ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Indépendant
- Employé assistant
- Employé associé
- Bénévole
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**B15** Quelle proportion d'une semaine de travail normale (42h) travaillez-vous dans les endroits suivants ?

(Arrondir vers le haut jusqu'au 10 % le plus proche)

|                                                                            | Jamais                | 10%                   | 20%                   | 30%                   | 40%                   | 50%                   | 60%                   | 70%                   | 80%                   | 90%                   | 100%                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Cabinet privé individuel                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cabinet privé de groupe                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Clinique de formation                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hôpital                                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Clinique privée                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pièce de votre logement entièrement réservée à votre activité d'ostéopathe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pièce de votre logement en partie réservée à votre activité d'ostéopathe   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| À domicile (chez le patient)                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Centre social de soins                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre(s)<br>(veuillez préciser) : _____                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**B16** En 2016, dans quelle région linguistique avez-vous pratiqué de manière régulière ?  
(plusieurs réponses possibles)

- Suisse romande
- Suisse alémanique
- Suisse italienne
- Grisons

**B17** En 2016, dans quel milieu avez-vous travaillé comme ostéopathe de manière régulière ?

(plusieurs réponses possibles)

- Milieu urbain (agglomération de 20'000 habitants ou plus)
- Milieu rural

**B18** Avez-vous des collègues avec lesquels vous pouvez discuter de cas cliniques anonymisés (dans ou hors de votre lieu de travail) ?

- Oui
- Non (passez à B19)

**B18b** Qui sont les collègues avec lesquels vous pouvez discuter de cas cliniques anonymisés ?

(plusieurs réponses possibles)

|                                 | <u>À</u> votre lieu/vos lieux de travail | <u>Hors</u> de votre lieu/vos lieux de travail |
|---------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Ostéopathe(s) assistant(s)      | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Ostéopathe(s) superviseurs(s)   | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Ostéopathes collègue(s)         | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Médecin(s) généraliste(s)       | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Gynécologue(s)/obstétricien(s)  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Pédiatre(s)                     | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Rhumatologue(s)                 | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Médecin de sport                | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Dentiste(s)                     | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Autres médecin(s) spécialisé(s) | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Physiothérapeute(s)             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Chiropraticien(s)               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Pharmacien(s)                   | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Ergothérapeute(s)               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |
| Nutritionniste(s)               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |



|                                             |                          |                          |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Psychologue(s)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Logopédiste(s)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychomotricien(s)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sage(s)-femmes(s)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres professionnels de santé              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acupuncteur(s)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Homéopathe(s) / Naturopathe(s)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinésiothérapeute(s)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bioénergéticien(s)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) thérapeute(s)<br>complémentaire(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B19 En 2016, dans quel(s) registre(s) étiez-vous inscrit pour le remboursement par des assurances privées des honoraires facturés aux patients ?**

(plusieurs réponses possibles)

- EMR/RME
- ASCA
- EGK/SNE
- NVS
- Groupe Visana
- Groupe Helsana
- SVO-FSO (selon liste des formations agréées)
- Aucun de ceux susmentionnés

**B20 En 2016, combien de patients avez-vous reçus en tant qu'ostéopathe praticien ?**

|                                                  | Nombre |
|--------------------------------------------------|--------|
| En une semaine de travail normale (lundi-vendr.) | ---    |
| En un week-end normal (sam + dim.)               | --     |

**B21** Dans le cadre d'une semaine de travail normale en 2016, à combien estimez-vous le nombre de nouveaux patients ?

Nombre \_\_

**B22** Dans votre horaire journalier, combien de temps prévoyez-vous pour vos consultations et combien les facturez-vous généralement pour

des nouveaux patients ? \_\_ min CHF \_\_\_

des patients qui reviennent avec un nouveau problème ou un nouvel épisode? \_\_ min CHF \_\_\_

Pour des patients qui reviennent pour un suivi du même épisode ? \_\_ min CHF \_\_\_

Pour une brève consultation en cas d'urgence ? \_\_ min CHF \_\_\_

Pour des consultations à domicile ? \_\_ min CHF \_\_\_

**B23** En 2016, avez-vous accordé une réduction aux patients lorsque vous saviez qu'ils avaient des difficultés financières ?

toujours   
  souvent   
  parfois   
  jamais   
  Non-applicable

**B24** Lors de votre activité d'ostéopathe en 2016, veuillez estimer le pourcentage de patients avec lesquels vous avez utilisé les techniques/traitements suivants :

|                                        | 0%                    | 1-10%                 | 11-50%                | 51-90%                | 91-100%               |
|----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Techniques sur tissus mous             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mobilisation articulaire               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Technique de thrust HVBA               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Technique crânienne                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Myotensif                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Technique Jones (strain-counterstrain) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Technique fonctionnelle                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Traitement général ostéopathique (TGO) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Technique viscérale                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Thérapie myofasciale (MFR)                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Technique d'inhibition (p.ex. « trigger points ») | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Approche biodynamique                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pas eu de contact manuel                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Exercices de renforcement                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Exercices d'étirement                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Exercices de proprioception                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Exercices de pleine conscience (mindfulness)      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Relaxation                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Auto-gestion                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Conseil relatif au mode de vie                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Education neuroscientifique à la douleur          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Conseil diététique                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Conseil d'automédication                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Thérapie nutritionnelle                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Traitement orthopédique                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Traitement psychologique                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hypnose                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acupuncture                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aiguilles sèches                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Homéopathie                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Médecine par les plantes                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kinésiologie appliquée ou clinique                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Biorésonance                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Electro-thérapie                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Prescription de médicaments                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Injections                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autres (veuillez préciser): _____                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**B25** Veuillez estimer le pourcentage de patients ayant une assurance complémentaire couvrant les frais de traitements ostéopathiques.

(Arrondir au 10% le plus proche)

| 0%                    | 10%                   | 20%                   | 30%                   | 40%                   | 50%                   | 60%                   | 70%                   | 80%                   | 90%                   | 100%                  |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**B26** En 2016, dans une semaine normale, quelle part de votre activité consacrez-vous aux groupes cibles suivants ?

(Arrondir vers le haut jusqu'au 10% le plus proche. Vu que nous arrondissons vers le haut, il se peut que le total dépasse 100%.)

|                                                          | Aucune                | 10%                   | 20%                   | 30%                   | 40%                   | 50%                   | 60%                   | 70%                   | 80%                   | 90%                   | 100%                  |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Nourrissons</b><br>(<1 année)                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Enfants</b><br>(1–12 ans)                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Adolescents</b><br>(13-17 ans)                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Femmes enceintes</b>                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Sportifs</b>                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Artistes scéniques</b><br>(danseurs, musiciens, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Seniors</b><br>(65 ans +)                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Autres adultes</b><br>(18-64 ans)                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Animaux</b>                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**B27 En 2016, avez-vous procédé à un examen des parties intimes ?**

|                              | Oui                   | Non                   |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Examen des parties génitales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen du rectum             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen des seins             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen de la cavité buccale  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen du conduit auditif    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(Si vous avez répondu non à toutes les 5 questions, passez à B28)

**B27b Comment procédez-vous habituellement pour obtenir le consentement spécifique afin de réaliser les examens suivants ?**

|                              | consentement implicite | verbal                | écrit                 | Verbal & écrit        | Sans consentement     | N/A                   |
|------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Examen des parties génitales | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen du rectum             | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen des seins             | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen de la cavité buccale  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen du conduit auditif    | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**B27c Si vous avez procédé à un examen des parties intimes, avez-vous proposé au patient d'être accompagné ?**

|                              | toujours              | généralement          | parfois               | jamais                | N/A                   |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Examen des parties génitales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen du rectum             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen des seins             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen de la cavité buccale  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen du conduit auditif    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**B28 Parlez-vous généralement avec vos patients des points suivants ?**

|                                                                                          | Yes                   | No                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Votre politique en cas d'annulation de rendez-vous                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Votre politique en matière de gestion des données                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Votre politique en matière de confidentialité                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le problème de santé en soi<br>(Entente sur quel problème doit être traité en priorité.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les options thérapeutiques pour le problème                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les risques et effets secondaires possibles du traitement                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les résultats attendus du traitement                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le nombre probable de séances                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les moyens d'éviter le problème à l'avenir                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**B29 De quelle(s) organisations professionnelle(s) d'ostéopathie étiez-vous membre en 2016 ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Fédération Suisse des Ostéopathes SVO-FSO (y inclus sections cantonales)
- SwissOsteo
- SAGOM/SAMM
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Aucune

**B30 En 2016, avez-vous eu d'autres activités professionnelles à côté de votre activité d'ostéopathe ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Pas d'autre activité professionnelle
- Autres activités de santé non-ostéopathiques (veuillez préciser):  
\_\_\_\_\_
- Enseignement de l'ostéopathie
- Enseignement à de futurs prestataires de soins
- Recherche
- Études en tant qu'étudiant immatriculé
- Travail dans un tout autre domaine
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**B31 Combien d'heures de formation continue (estimation) avez-vous accomplies en 2016 dans les formats suivants ?**

(Saisissez le chiffre « 0 » si vous n'avez fait aucune formation continue dans le format donné)

|                                                     |           |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| Cours structurés en ostéopathie                     | __ heures |
| Cours structurés dans un autre domaine              | __ heures |
| Cours magistraux                                    | __ heures |
| Colloques/échanges de pratiques                     | __ heures |
| Formation supérieure                                | __ heures |
| Enseignement/mentorage/tutoriaux                    | __ heures |
| Publications                                        | __ heures |
| Apprentissage à distance                            | __ heures |
| Lecture et examen critique d'articles scientifiques | __ heures |
| Congress / conference                               | __ heures |
| Recherche sur Internet                              | __ heures |
| Autres (veuillez préciser): _____                   | __ heures |

Merci d'avoir pris le temps de lire et de compléter la Partie B du questionnaire. Continuez maintenant avec la Partie C.

Si vous avez des questions, ou des problèmes, vous pouvez joindre Paul Vaucher pendant les heures de bureau au numéro +41 (0)26 429 60 41 ou par courriel à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch).



## Partie C: Informations anonymes sur les patients

### Section 1 – Sélection du patient \_\_\_\_\_ (1 à 4)

Les données que vous entrez dans cette partie ne sont pas liées à votre identité et sont enregistrées séparément des informations données dans la partie B.

Veillez obtenir une date aléatoire en activant le lien ci-dessous. Ensuite consultez votre agenda pour retenir la première personne dans les 24h qui suivent la date et l'heure fournies. Pour être retenu, le patient doit soit être un nouveau patient, soit un patient revenant pour un nouveau problème ou un nouvel épisode. Par « nouvel épisode », nous entendons une personne faisant partie de votre patientèle qui revient vous consulter pour un problème récurrent mais qui n'a pas présenté de symptômes de ce problème pendant six semaines au moins depuis la dernière consultation.

**Veillez obtenir une date et une heure de consultation aléatoire en scannant le code-QR ci-dessous avec votre smartphone. Si vous n'avez pas de lecteur de code-QR, vous pouvez en télécharger un gratuitement par votre fournisseur d'applications. Vous pouvez également saisir l'adresse URL ci-dessous dans un navigateur.**



[bit.ly/2n5Fcub](http://bit.ly/2n5Fcub)

**C1\_1 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies?**

Oui (passez à C2)

Non

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_2 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_3 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_4 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_5 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
  - Non
-

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_6 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_7 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_8 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_9 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
  - Non
-

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_10 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_11 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

Veillez réactualiser la page internet pour obtenir une nouvelle date.

**C1\_12 Avez-vous reçu en consultation un nouveau patient ou un patient revenant pour un nouveau problème pendant la période de 24h suivant la date et l'heure fournies??**

- Oui (passez à C2)
- Non

---

*Il semblerait que vous rencontrez des difficultés pour identifier un moment durant lequel vous avez vu un patient présentant une nouvelle situation.*

*Veillez contacter Paul Vaucher à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch) pour vous fournir une solution de sélection plus convenable et adaptée à votre situation.*

---

**C2 Quel mois avez-vous reçu le patient sélectionné ?**

\_\_\_\_\_

**C3** Quel jour de la semaine avez-vous reçu le patient sélectionné ?

\_\_\_\_\_

**C4** À quelle heure la consultation a-t-elle commencé ?

- avant 8h
- entre 8h et 9h59
- entre 10h et 15h59
- entre 16h et 17h59
- à 18h ou plus tard

(passez à Section 2 – Informations générales sur le patient)

## Section 2 – Informations générales sur le patient

Nous vous recommandons de rajouter une petite note dans le dossier du patient spécifiant que ses données ont été utilisée pour l'étude SwissOsteoSurvey. Ceci vous permettra d'en informer votre patient si ce dernier vous le demanderait.

Consultez le dossier du patient sélectionné et répondez aux questions suivantes.

**C5 Sexe du patient**

(S'il existe une ambiguïté, référez-vous au sexe auquel le patient s'identifie le mieux.)

- Masculin                       Féminin

**C6 Le patient a t'il plus de deux ans?**

- Oui  
 Non (passez à C6c)

**C6b Âge du patient en années :**      --  
(passez à C7)

**C6c Âge du patient en mois :**      --

**C7 Region de domicile :**

- Région lémanique (GE, VD, VS)  
 Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO)  
 Suisse du Nord-Ouest et Zurich (AG, BS, BL, ZH)  
 Suisse orientale (AI, AR, GL, SG, SH, TG)  
 Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)  
 Tessin et Graubünda (TI, GR)

**C8 Comment définiriez-vous le statut professionnel actuel du patient ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Etudiant / écolier
  - Infantine
  - École primaire
  - École secondaire
  - École tertiaire / études supérieures / université
- Indépendant
  - À quel pourcentage ? (42h/sem = 100%) : \_\_\_\_\_
  - Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Employé
  - À quel pourcentage ? (42h/sem = 100%) : \_\_\_\_\_
  - Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Femme au foyer / homme au foyer
- Actuellement sans travail ni en étude
  - Sans travail pour des raisons de santé
  - Retraité
  - Âge préscolaire
  - Autre(s) (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C9 Le patient a-t-il déjà été traité par un ostéopathe auparavant ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Oui, par moi, pour un épisode antérieur du même problème
- Oui, par moi, pour un autre problème
- Oui, par un autre ostéopathe
- Non
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C10 Le patient vous a-t-il été envoyé par quelqu'un ?**

- Oui
- Non (passez à C11)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C11)

**C10b Qui vous a envoyé ce patient ?**

- Médecin généraliste
- Dentiste
- Pharmacien
- Chiropraticien
- Autre spécialiste médical (veuillez préciser \_\_\_\_\_)
- Autre ostéopathe  
(y inclus assistant)
- Sage-femme
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Nutritionniste
- Infirmier/infirmière
- Autre professionnel de santé (veuillez préciser \_\_\_\_\_)
- Thérapeute complémentaire

**C11 Combien de temps le patient a-t-il dû attendre pour avoir un rendez-vous chez vous ?**

- 1 jour ou moins
- 2-3 jours
- 4-7 jours
- 8 jours ou plus
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier



## Section 3 – Information sur le problème de santé du patient à la première consultation

**C12** Quel était la nature du **principal** problème (motif de consultation) ?  
(plusieurs réponses possibles)

- Douleur ou dysfonctionnement musculosquelettique
- Problème spécifique aux nourrissons
- Problème de dents/orthodontique
- Problème nez-gorge-oreilles
- Problème neurologique
- Problème rhumatologique
- Problème gastro-intestinal
- Problème d'obstétrique
- Problème gynécologique
- Problème psychologique
- Problème endocrinien
- Problème respiratoire
- Problème cardiovasculaire
- Problème uro-génital
- Problème dermatologique
- Problème ophtalmologique
- Problème général / non spécifique
- À titre préventif
- Autre, veuillez préciser \_\_\_\_\_

**C13** Depuis combien de temps le patient avait-il ce problème, y compris les épisodes précédants?

- 24h ou moins
- 1–2 jours
- 2–7 jours
- 1–4 semaines
- 1–6 mois
- 6–12 mois
- 1–2 années
- 2–5 années
- 5–10 années
- Plus de 10 ans
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C14** Au moment de la première consultation, depuis combien de temps le patient n'allait-il pas au travail/à l'école à cause de ce problème ?

- N'a pas arrêté de travailler/d'aller à l'école
- 24h ou moins
- 1–2 jours
- 2–7 jours
- 1-4 semaines
- 1-6 mois
- 6–24 mois
- Plus de 24 mois
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C15** Le patient a-t-il fait l'objet d'un traitement/examen antérieur pour cet épisode ?

- Oui
- Non (passez à C16)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C16)

**C15b Qui le patient a-t-il vu antérieurement pour cet épisode ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Médecin généraliste
- Pharmacien
- Physiothérapeute
- Autre ostéopathe
- Autre ostéopathe-assistant
- Thérapeute complémentaire
- Spécialiste médical (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C15c Quels examens ont été déjà effectués pour le problème de santé et avez-vous vu le rapport ou les résultats d'examens ?**  
(plusieurs réponses possibles)

|                                      | Effectué                 | Vu                       |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                      |                          | Rapport                  | Examen complet           |
| Radio                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scan                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IRM                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre imagerie                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Test sanguin                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Analyse d'urine                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre (veuillez préciser) :<br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**C15d Quel(s) traitement(s) le patient a-t-il déjà suivi(s) pour cet épisode ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Automédication
- Médication sur ordonnance
- Thérapie manuelle
- Chirurgie
- Médecine complémentaire
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C16 Comment se sont manifestés les premiers symptômes ?**

- Apparition traumatique
- Apparition soudaine/aiguë (non-traumatique)
- Apparition lente/insidieuse
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C17 De quelle épisode s'agissait-il ?**

- La premier
- La deuxième
- La troisième
- La quatrième ou plus
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C18 Avez-vous noté la gravité des principaux symptômes à la première consultation ?**

- Oui
- Non (passez à C18c)

**C18b Gravité des principaux symptômes relevés à la première consultation**

|       |   |   |   |         |   |   |   |                 |   |    |
|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------------|---|----|
| 0     | 1 | 2 | 3 | 4       | 5 | 6 | 7 | 8               | 9 | 10 |
| Nulle |   |   |   | Modérée |   |   |   | Pire imaginable |   |    |

**C18c Veuillez estimer la gravité des principaux symptômes à la première consultation**

- Pas de symptôme
- Peu grave
- Moyennement grave
- Grave
- Gravissime
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C19 Zones de localisation des symptômes : veuillez donner jusqu'à quatre zones de localisation des symptômes par ordre de priorité pour le patient**

| <b>Zone</b>                             | <b>1<sup>er</sup></b> | <b>2<sup>ème</sup></b> | <b>3<sup>ème</sup></b> | <b>4<sup>ème</sup></b> |
|-----------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Tête/visage                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Temporo-mandibulaire                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Cou/nuque                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Épaules                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Bras                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Coude                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Avant-bras                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Poignet                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Main                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Colonne thoracique                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Cage thoracique                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Région lombaire                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Région sacro-iliaque/ bassin /<br>pubis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Fessier                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Hanche                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Cuisse                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Genou                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Jambe (partie inférieure)               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Cheville                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Pied                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Abdomen                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |
| Autre                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |

**C20 Le patient souffre-t-il d'autres problèmes diagnostiqués par un médecin ?  
(plusieurs réponses possibles)**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Non

*Problèmes cardiovasculaires*

- Hypertension
- Angine
- Insuffisance cardiaque
- Infarctus du myocarde
- Attaque cérébrale (accident vasculaire cérébral ischémique)
- Maladie vasculaire périphérique
- Autre problème cardiovasculaire

*Troubles mentaux*

- Anxiété
- Dépression
- Démence
- Autre trouble mental

*Problèmes rhumatologiques*

- Arthrite
- Ostéoporose
- Autre problème rhumatologique

*Troubles sensoriels et neurologiques*

- Migraine
- Déficience auditive
- Déficience visuelle
- Maladie neurologique
- Autre trouble neurologique

*Problèmes respiratoires*

- Asthme
- Bronchopneumonie obstructive chronique (BPCO)
- Autre problème respiratoire

*Maladies des reins/du foie*

- Maladie des reins
- Maladie du foie
- Autres maladie des reins/du foie

*Problèmes digestifs*

- Problèmes au niveau du tractus gastro-intestinal supérieur
- Maladie inflammatoire chronique intestinale (i.e. maladie de Crohn, rectocolite hémorragique)
- Syndrome du côlon irritable
- Autres problèmes digestifs diagnostiqués

*Problème/état de santé d'ordre général*

- Grossesse
- Anémie
- Diabète
- Cancer
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

*Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_*

## Section 4 – Gestion et traitement

### **C21** Quel(s) examen(s)/test(s) avez-vous effectué(s) à la première consultation?

(plusieurs réponses possibles)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C22)
- Aucun (passez à C22)
- Examen visuel
- Palpation de la position/symétrie/forme des structures
- Recherche des points sensibles/douloureux
- Examen de l'amplitude du mouvement articulaire
- Examen de la qualité du mouvement articulaire
- Mobilité viscérale
- Mobilité crânienne
- Testing fascial
- Test de réflexe neurolymphatique (p.ex. réflexe Chapman and Jarricot)
- Test d'étirement des nerfs
- Test de la fonction musculaire
- Test orthopédique
- Percussion et auscultation
- Examen neurologique
- Questionnaire de patient (p.ex. Oswestry Disability index)
- Otoscopie (nez/gorge/oreilles)
- Ophtalmoscopie (yeux)
- Imagerie médicale (p.ex. radio, IRM)
- Analyse de sang
- Analyse d'urine
- Autre(s), veuillez préciser : \_\_\_\_\_



**C21b Comment avez-vous obtenu le consentement du patient pour l'examiner ?**

(Nous rappelons qu'il est impossible de faire le lien entre vos réponses et votre identité)

- Consentement implicite
- Par oral
- Par écrit
- Par écrit et par oral
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Pas de consentement demandé

**C22 Quel plan thérapeutique a été convenu avec le patient ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Traitement ostéopathique
- Une seule consultation
- Le patient a été envoyé ailleurs
- Pas de plan de traitement convenu
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C23 Quelles approches thérapeutiques avez-vous utilisées avec le patient à la première consultation ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C24)
- Aucun traitement (passez à C24))
- Technique sur tissus mous
- Mobilisation articulaire
- Technique de thrust HVBA
- Technique crânienne
- Myotensif
- Technique Jones (strain-counterstrain)
- Technique fonctionnelle
- Traitement général ostéopathique (TGO)
- Technique viscérale
- Thérapie myofasciale (MFR)

- Technique d'inhibition (e.g. « trigger points »)
- Approche biodynamique
- Pas eu de contact manuel
- Exercice de renforcement
- Exercice d'étirement
- Exercice – proprioception
- Exercice de pleine conscience (« mindfulness »)
- Relaxation
- Auto-gestion
- Conseil relatif au mode de vie
- Education neuroscientifique à la douleur
- Conseil alimentaire
- Conseil d'automédication
- Thérapie nutritionnelle
- Traitement orthopédique
- Traitement psychologique
- Hypnose
- Acupuncture
- Aiguilles sèches
- Homéopathie
- Médecine par les plantes
- Kinésiologie appliquée ou clinique
- Biorésonance
- Electro-thérapie
- Prescription de médicament
- Injections
- Autres (veuillez préciser)\_\_\_\_\_

**C23b Comment avez-vous obtenu le consentement du patient pour le traitement ?**  
(Nous rappelons qu'il est impossible de faire le lien entre vos réponses et votre identité)

- Consentement implicite
- Par oral
- Par écrit
- Par écrit et par oral
- Autre (veuillez préciser): -----
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Sans consentement

**C24 Avez-vous effectué un des examens/traitements suivants et obtenu le consentement spécifique du patient ?**  
(par consentement spécifique, on entend le fait d'avoir explicitement donné l'option de refuser la procédure proposée)

| Examen/test       | Effectué              |                       | Consentement spécifique |                       |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
|                   | Oui                   | Non                   | Oui                     | Non                   |
| Rectal            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Vaginal           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Buccal            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Auditif           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Thrust cervical   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Thrust thoracique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Thrust lombaire   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |

**C25 Avez-vous parlé avec le patient des points suivants ?**

|                                                           | Oui                   | Non                   | Ne sais pas           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Des options thérapeutiques pour le problème               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Des risques et effets secondaires possibles du traitement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Des résultats attendus du traitement                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Du nombre probable de séances                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Des moyens d'éviter le problème à l'avenir                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Du problème de santé en soi                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**C26 Quelle(s) stratégie(s) d'autogestion avez-vous recommandée(s) au patient ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Aucune
- Application de chaud
- Application de froid
- Bains alternés
- Protocole RICE (rest-ice-compression-elevation)
- Repos
- Exercices de renforcement
- Exercices d'extension
- Exercices de proprioception
- Exercices de pleine conscience (mindfulness)
- Activité physique en général
- Conseils de relaxation
- Conseils concernant l'activité physique
- Vitamines / compléments alimentaires
- Remèdes naturels
- Techniques neuromusculaires naturopathiques (kinésiologie)
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C27 Qui a payé la plus grande partie du traitement ?**

- Le patient lui-même
- L'assurance complémentaire du patient
- L'assurance accident de l'employeur
- L'assurance accident privée du patient
- L'assurance invalidité
- L'employeur du patient
- Autres (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C28 Le problème de santé du patient fait-il actuellement l'objet d'un cas d'assurance ou d'une réclamation ?**

- Oui
- Non
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C29 Combien de temps a duré cette première consultation ?**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passer à C30)

\_\_\_\_\_ *minutes*

**C29b Sur ce laps de temps, combien de minutes environ avez-vous consacrées à :**

|                                                        |        |
|--------------------------------------------------------|--------|
| l'anamnèse                                             | __ min |
| l'examen clinique / tests                              | __ min |
| discussion sur le traitement                           | __ min |
| discussion sur le consentement                         | __ min |
| traitement                                             | __ min |
| conseil et soutien<br>(y inclus soutien psychologique) | __ min |
| administration                                         | __ min |
| Autre(s) : veuillez préciser _____                     | __ min |

**C30 Le patient est-il revenu pour une deuxième consultation ?**

- Oui (passez à C31)  
  Non

**C30b Le patient ...**

- a été envoyé à un autre professionnel de santé ?  
 a été libéré (fin du traitement) ?  
 n'a pas voulu un deuxième rendez-vous  
 n'est pas venu au rendez-vous fixé  
 a annulé le rendez-vous  
 ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

(Passez à C43)

## Section 5 – Deuxième consultation

**C31 Le patient a-t-il fait état de complications liées au traitement après la première consultation ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Non
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Douleur accrue
- Raideur accrue
- Vertige
- Nausée
- Maux de tête
- Fatigue
- Problème sérieux (si connu, veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C32 Comment le patient s'est-il senti, globalement, après la première consultation ?**

- Pire que jamais
- Bien pire
- Pire
- Ni mieux ni pire
- Mieux
- Bien mieux
- Mieux que jamais
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C33 Quelles approches thérapeutiques avez-vous utilisées avec le patient à la deuxième consultation ? (plusieurs réponses possibles)**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C34)
- Aucun traitement (passez à C34)
- Technique sur tissus mous
- Mobilisation articulaire
- Technique de thrust HVBA
- Technique crânienne
- Myotensif
- Technique Jones (strain-counterstrain)
- Technique fonctionnelle
- Traitement général ostéopathique (TGO)
- Technique viscérale
- Thérapie myofasciale (MFR)
- Technique d'inhibition (e.g. « trigger points »)
- Approche biodynamique
- Pas eu de contact manuel
- Exercice de renforcement
- Exercice d'étirement
- Exercice – proprioception
- Exercice de pleine conscience (« mindfulness »)
- Relaxation
- Auto-gestion
- Conseil relatif au mode de vie
- Education neuroscientifique à la douleur
- Conseil alimentaire
- Conseil d'automédication
- Thérapie nutritionnelle
- Traitement orthopédique
- Traitement psychologique
- Hypnose
- Acupuncture
- Aiguilles sèches
- Homéopathie



- Médecine par les plantes
- Kinésiologie appliquée ou clinique
- Biorésonance
- Electro-thérapie
- Prescription de médicament
- Injections
- Autres (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**C34** **Quelle(s) stratégie(s) d'autogestion avez-vous recommandée(s) au patient ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Aucune
- Application de chaud
- Application de froid
- Bains alternés
- Protocole RICE
- Repos
- Exercices de renforcement
- Exercices d'extension
- Exercices de proprioception
- Exercices de pleine conscience (mindfulness)
- Activité physique en général
- Conseils de relaxation
- Conseils concernant l'activité physique
- Vitamines / compléments alimentaires
- Remèdes naturels
- Techniques neuromusculaires naturopathiques (kinésiologie)
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C35** **Temps consacré à la deuxième consultation**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passer à C36)

\_\_\_\_\_ *minutes*

**C36** Le patient est-il revenu pour une troisième consultation ?

- Oui (passez à C37)
- Non (passez à C40)

## Section 6 – Dernière consultation du traitement initial pour cet épisode

**C37**    **Nombre total de traitements pour cet épisode**  
(de la première consultation à la dernière en date)

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier    (passer à C40)

Nombre : \_\_\_\_\_

**C38**    **Le patient continue-t-il de rendre compte de complications liées au traitement ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- Non
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Douleur accrue
- Raideur accrue
- Vertige
- Nausée
- Maux de tête
- Fatigue
- Problème sérieux (si connu, veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C39**    **Comment le patient s'est-il senti, globalement, après la dernière consultation en date ?**

- Pire que jamais
- Bien pire
- Pire
- Ni mieux ni pire
- Mieux
- Bien mieux
- Mieux que jamais
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C40 Durée de la période de traitement**

(de la première consultation à la dernière en date)

Utilisez l'échelle la plus adéquate

Semaines \_\_ Mois \_\_

**C41 Le patient a-t-il terminé le traitement initial pour cet épisode ?**

- Oui
- Non, le traitement est en cours
- Le patient n'est pas revenu (pour une raison inconnue)
- Arrêt du traitement pour cause de maladie
- Arrêt du traitement pour des motifs financiers
- Arrêt du traitement pour une autre raison (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**C42 Avez-vous noté la gravité des principaux symptômes lors de la dernière consultation ?**

- Oui
- Non (passez à C42c)

**C42b Gravité des principaux symptômes relevés lors de la dernière consultation**

|                 |   |   |                   |   |   |   |   |            |   |    |
|-----------------|---|---|-------------------|---|---|---|---|------------|---|----|
| 0               | 1 | 2 | 3                 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8          | 9 | 10 |
| Pas de symptôme |   |   | moyennement grave |   |   |   |   | gravissime |   |    |

(passez à C43)

**C42c Veuillez estimer la gravité des principaux symptômes relevés lors de la dernière consultation**

- Pas de symptôme
- Peu grave
- Moyennement grave
- Grave
- Gravissime
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C43 Les objectifs thérapeutiques fixés ont-ils été atteints avec ce patient ?**

Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

- |                       |                                 |                         |                       |                       |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Pas du tout</b>    | <b>Dans une certaine mesure</b> | <b>En grande partie</b> | <b>Tout à fait</b>    | <b>Pas applicable</b> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**C44 Depuis la première consultation, le patient a-t-il dû s'absenter de son travail/l'école pour le problème sous traitement ?**

- Oui
- Non (passez à C45)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C45)

**C44b Le patient a-t-il pu retourner au travail/à l'école ?**

- Oui
- Non (passez à C45)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C45)

**C44c Au bout de combien de temps suite à la première consultation le patient a-t-il pu retourner au travail/à l'école ?**

- Le même jour
- Le lendemain
- 2–7 jours
- 1–4 semaines
- 1–6 mois
- 6–12 mois
- Plus de 12 mois
- Don't know/can't tell from the record

**C45 Avez-vous contacté le médecin traitant du patient pendant le traitement ?**

- Oui
- Non (passez à C46)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à C46)

**C45b Pourquoi avez-vous contacté le médecin traitant du patient ?**

(plusieurs réponses possibles)

- C'est lui qui m'a envoyé le patient
- Pour demander des informations et/ou des examens supplémentaires
- À sa demande
- Pour parler d'un éventuel autre traitement
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Don't know/can't tell from the record

**C46 Lors de la dernière consultation, qu'est-ce qui a été convenu pour le suivi du patient ?**

- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier
- Rien n'a été convenu
- Le patient a été libéré (fin du traitement)
- Le patient a décidé de revenir périodiquement
- Le patient attend les résultats des examens
- Le patient a été envoyé ailleurs pour examen/traitement
- Le traitement initial est encore en cours
- Le patient projette de revenir si nécessaire
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**C47 Depuis la première consultation, le patient a-t-il été vu par quelqu'un d'autre pour le problème qui l'a amené à vous consulter ?**

- Oui
- Non (passez à la fin de cette section)
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier (passez à la fin de cette question)

**C47b Par qui l'a-t-il été ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Urgentiste
- Médecin traitant
- Autre ostéopathe
- Dentiste / orthodontiste
- Autre consultant médical (veuillez préciser)\_\_\_\_\_
- Thérapeute complémentaire (veuillez préciser)\_\_\_\_\_
- Psychologue
- Autre prestataire de soins (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

**C47c À qui avez-vous envoyé le patient ?**

(plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai pas référé le patient
- Urgentiste
- Médecin traitant
- Autre ostéopathe
- Dentiste / orthodontiste
- Autre consultant médical (veuillez préciser)\_\_\_\_\_
- Thérapeute complémentaire (veuillez préciser)\_\_\_\_\_
- Psychologue
- Autre prestataire de soins (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- Ne sais pas/ne peux pas le déduire du dossier

## Saisie de votre questionnaire

Merci d'avoir complété les informations de votre patient. Si vous avez des questions, ou des difficultés pour retranscrire ces informations sur le questionnaire en ligne, vous pouvez joindre Paul Vaucher pendant les heures de bureau au numéro +41 (0)26 429 60 41 ou par courriel à [paul.vaucher@hes-so.ch](mailto:paul.vaucher@hes-so.ch).

**FIN DU QUESTIONNAIRE**