

Mémoire de Maîtrise en médecine No

# Ostéopathie et pédiatrie : deux mondes reliés par l'enfant et ses parents

## **Étudiant**

Samuel Walzer

## **Tuteur**

Prof. Pierre-Yves Zambelli

Médecin-chef de l'UPCOT, CHUV

## **Expert**

Dr PD Mario Gehri

Médecin-chef de l'HEL

Lausanne, novembre 2014

# Table des matières

<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>2</b>
<b>1. ABSTRACT :</b> .....	<b>3</b>
<b>2. INTRODUCTION :</b> .....	<b>4</b>
<b>3. METHODOLOGIE :</b> .....	<b>5</b>
3.1 GENERALITES .....	5
3.2 PREMIERE PARTIE : RECHERCHE QUALITATIVE .....	6
3.2.1 <i>Choix des interlocuteurs</i> .....	6
3.2.2 <i>Nombre d'interlocuteur</i> .....	6
3.2.3 <i>Documentation des entretiens</i> .....	6
3.3 DEUXIEME PARTIE : RECHERCHE QUANTITATIVE .....	7
3.3.1 <i>Élaboration du questionnaire</i> .....	7
3.3.2 <i>Création et hébergement du formulaire en ligne</i> .....	8
3.3.3 <i>Sélection de l'échantillon</i> .....	8
3.3.4 <i>Transmission du questionnaire</i> .....	8
3.3.5 <i>Période de participation</i> .....	9
3.3.6 <i>Réception et conservation des résultats</i> .....	9
3.3.7 <i>Valeurs officielles comparatives et analyse statistique des données</i> .....	9
<b>4. RESULTATS :</b> .....	<b>10</b>
4.1 PARTIE QUALITATIVE .....	10
4.2 PARTIE QUANTITATIVE .....	11
4.2.1 <i>Échantillon</i> .....	11
4.2.2 <i>Connaissance du pédiatre de la prise en charge ostéopathique</i> .....	13
4.2.3 <i>Communication entre pédiatre et ostéopathes</i> .....	14
4.2.4 <i>Comparaison de la prise en charge</i> .....	18
4.2.5 <i>Raisons des consultations dans le premier mois de vie</i> .....	19
<b>5. DISCUSSION :</b> .....	<b>21</b>
5.1 INTERPRETATION DES RESULTATS .....	21
5.2 BIAIS ET LIMITATIONS .....	24
5.2.1 <i>Biais de sélection</i> .....	24
5.2.2 <i>Faiblesses de la méthode</i> .....	25
5.2.3 <i>Faiblesse de l'interprétation des résultats</i> .....	25
5.3 APPRECIATION PERSONNELLE DE LA RECHERCHE .....	26
<b>6. CONCLUSION</b> .....	<b>26</b>
<b>7. BIBLIOGRAPHIE :</b> .....	<b>27</b>
<b>8. ANNEXES</b> .....	<b>30</b>

## 1. Abstract :

**Objectif :** le but de cette étude est d'évaluer la connaissance des pédiatres du canton de Vaud quant à la prise en charge ostéopathique de leurs patients, analyser et quantifier la communication entre pédiatres et ostéopathes de ce même canton et les perspectives futures de cette collaboration, de comparer les propositions de prise en charge face aux principaux motifs de consultations des nourrissons chez l'ostéopathes, et finalement d'évaluer les raisons poussant les parents à consulter un ostéopathe pour leur enfant durant son premier mois de vie, ceci toujours à travers l'avis des pédiatres et ostéopathes du canton de Vaud.

**Méthode :** une étude prospective réalisée dans un premier temps par des entretiens semi-structurés auprès de pédiatres hospitaliers, d'ostéopathes et de pédiatres installés, complétée dans un deuxième temps par un questionnaire en ligne transmis aux pédiatres et ostéopathes du canton de Vaud.

**Résultats :** 77.8% des pédiatres ayant répondu au questionnaire déclarent qu'ils ont connaissance de la prise en charge ostéopathique de moins de trente pourcents de leurs patients et 53.6% des ostéopathes savent que moins de trente pourcents des pédiatres de leurs clients en âge pédiatriques savent qu'ils sont suivi par un ostéopathe. L'intermédiaire presque exclusif entre les deux professions est le parent (plus de quatre-vingts pourcents pour 57.8% des pédiatres, idem pour les ostéopathes). La communication entre pédiatres et ostéopathes est faible (selon 67.6% des ostéopathes) à inexistante (selon 60% des pédiatres). 89.7% de l'ensemble du panel souhaite une amélioration de cette situation. La considération que se portent les deux professions est opposée avec des valeurs de coefficients de corrélations négatifs ( $\kappa^2=(-0.642)$ ,  $ICC=(-0.494)$ ,  $r=(-0.691)$ ). 31.1% des pédiatres ne conseil en aucun cas une prise en charge ostéopathique à leurs patients alors que 62.2% le font en cas de plagiocéphalie. Les prises en charges proposées par les deux corps de métiers pour les coliques du nourrisson et suite à un accouchement difficile sont très peu corrélées (respectivement  $\kappa^2=0.091$  et  $0.021$ ,  $ICC=0.169$  et  $(-0.076)$ ,  $r=0.232$  et  $0.120$ ). Les sages-femmes conseillant la visite chez l'ostéopathe ont été désignées comme principale cause de la visite ostéopathique durant le premier mois de vie des enfants par les ostéopathes (90.1%) et seconde cause par les pédiatres (82.2%), y voyant premièrement l'effet d'une mode ou tendance de notre époque (88.9%).

**Conclusion :** Les pédiatres n'ont connaissance de la prise en charge ostéopathique que d'une partie de leur patientèle ayant cette prise en charge parallèle et l'information de cette prise en charge repose presque exclusivement sur les épaules des parents. La communication entre pédiatres et ostéopathes est très faible mais une amélioration de cette situation est souhaitée et des pistes pour réaliser cette communication sont proposées. L'estime que se portent pédiatres et ostéopathes quant à leurs prises en charges s'oppose ce qui fait que plus de trente pourcents des pédiatres ne conseillent pour aucune indication la prise en charge ostéopathique. Cela s'explique également par le fait que leurs propositions de prise en charge ne se corrèlent pas. La première cause poussant la consultation ostéopathique des nourrissons dans le premier mois de vie a été désignée comme étant les sages femmes.

**Mots-clés :** pédiatrie générale; ostéopathie ; communication.

## 2. Introduction :

L'ostéopathie est une médecine manuelle qui se concentre sur la prise en charge des troubles fonctionnels. Elle fait partie de ce que l'on appelle communément les médecines alternatives et complémentaires (abrégé CAM). L'utilisation de CAM est très répandue dans la population générale. En Suisse, une étude réalisée en 2006 révèle que 57% des habitants ont eu recours à de la CAM(1). Mais la consommation de CAM n'est pas cantonnée aux adultes. En effet, selon une étude menée aux urgences pédiatriques de l'Hôpital universitaire de l'enfance à Zurich entre 2006 et 2007, 58% des parents ont déclarés que leurs enfants avaient ou étaient entrain d'utiliser des CAM, toutes formes confondues(2). Les formes de CAM les plus utilisées étaient l'homéopathie (77% des utilisateurs de CAM), la phytothérapie (64%) et la médecine anthroposophique (24%)(3). Aucune valeurs concernant l'ostéopathie n'avait été fournies par cette étude. Mais il est intéressant de relever que près de deux-tiers des traitements de CAM n'avaient pas été prescrit par un médecin et que 50% des familles utilisant des CAM n'en avaient pas parlé avec leur médecin de premier recours(2). Il est également important de relever que des effets indésirables et des cas d'intoxications ont été observés chez les enfants, mettant en causes des traitements de CAM(4).

En ce qui concerne l'ostéopathie plus spécifiquement, une revue systématique a été réalisée en 2013 pour évaluer la prévalence sur 12 mois des visites chez des praticiens dans cinq domaines de CAM dont les visites chez l'ostéopathe(5). Cette revue a révélé que, dans deux enquêtes gouvernementales menées au Royaume-Uni en 2001 et 2005, la prévalence de consultation chez l'ostéopathe dans la population adultes était estimée entre 1.9%(6) et 2.7%(7) dans les douze derniers mois. D'autres sondages gouvernementaux effectués en Australie en 1993, 2000 et 2004 obtiennent des prévalences de 0.2%(8) pour la première recherche et 0.4%(9,10) pour les deux suivantes. D'autres études non gouvernementales dans ces deux pays ont révélé des prévalences plus élevées de 3.5% en 2005 pour l'Australie(11) et de 4.4% en 1993(12) puis 4.3% en 1998(13) et enfin 0.7% en 1999(14) au Royaume-Uni. Malheureusement les données de toutes ces études ne précisaient pas les valeurs spécifiques pour les enfants. Aucune valeurs concernant la prévalence de consultations ostéopathiques en Suisse n'était mise en évidence dans cette revue systématique.

Dans une étude menée dans le cadre d'un Travail de Maîtrise réalisé en 2012 auprès de parents dans le canton de Vaud, il est ressorti que 73.3% des nourrissons de 0-6mois avaient consulté un ostéopathe, parmi lesquels 65.9% l'avaient fait durant le premier mois de vie (*Prévalence de la prise en charge ostéopathique chez les nourrissons de 1, 3 et 6 mois*, Virginie Moulin, décembre 2012). Les motifs de ces consultations étaient principalement pour un contrôle général, les coliques du nourrisson ou autres troubles fonctionnels et suite à un accouchement difficile. Malgré de probables biais, notamment de sélection, accentuant les résultats de ce travail, les chiffres très élevés laissent à penser que la proportion d'enfant consultant un ostéopathe dans ses six premiers mois de vie est plus élevée que les valeurs obtenues pour la population générale en Australie et au Royaume-Uni. Il a été également mis en évidence dans cette recherche que, tout comme cité précédemment pour l'utilisation de CAM, plus de la moitié des parents sondés n'avaient pas fait part de la prise en charge ostéopathique de leur enfant à son pédiatre.

L'efficacité des traitements ostéopathiques pour des troubles pédiatriques a été étudiée par une revue systématique réalisée en 2012(15). Celle-ci a réuni dix-sept études répondants aux critères

d'inclusion de cette revue. Ces études s'intéressaient à l'efficacité des traitements ostéopathiques pour les troubles suivants : l'infirmité motrice cérébrale(16,17), les troubles respiratoires tels que la bronchiolite(18), l'asthme(19) et l'apnée obstructive du sommeil(20), l'otite moyenne(21–23), certaines dysfonctions musculo-squelettiques (scoliose idiopathique(24), troubles temporo-mandibulaires(25), asymétrie posturale(26)), le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité(27), les prématurés hospitalisés(28), les coliques du nourrisson(29), l'obstruction congénitale du canal lacrymal(30) ou encore les troubles mictionnels(31). Elle révèle que certaines de ces études concluent que l'ostéopathie est efficace dans ces différentes affections, alors que d'autres démontrent le contraire(15). Du fait de la faible qualité de la méthodologie de ces études et de leur faible nombre, l'efficacité de l'ostéopathie pour ces différentes conditions reste non prouvée(15).

Par contre, la pratique de l'ostéopathie pédiatrique apparaît comme sûre pour ce groupe de patient, quand pratiquée par des ostéopathes agréés(32,33). En effet, selon une étude rétrospective menée aux Etats-Unis, aucune complication grave liée à un traitement ostéopathique n'a été documentée. Seul 9% des enfants avaient subi des effets indésirables bénins suite à leur consultation, le plus souvent une aggravation des symptômes(32). Mais d'autres études prospectives et incluant plus de patients sont nécessaires pour documenter de manière plus précise l'incidence des effets iatrogènes de l'ostéopathie pédiatrique. Du fait de la connaissance de complications graves chez l'adulte, il existe des contre-indications aux manipulations ostéopathiques, particulièrement au niveau du rachis cervical(33). En France, des textes de loi régissent la pratique des ostéopathes et n'autorisent les manipulations du rachis cervical chez l'adulte ainsi que les manipulations du crâne, du rachis et de la face chez le nourrisson de moins de six mois qu'après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indications à ces manipulations(33). En Suisse, cette pratique n'est pas imposée aux ostéopathes, mais il existe une liste de contre-indications à la prise en charge ostéopathique de patients pédiatriques auxquelles les ostéopathes doivent être attentifs (<http://osteopathes-suisse.ch/fso/fr/documents/22/download>).

A la lecture de l'état de la situation actuelle sur le sujet et étant donné le périmètre défini pour le Travail de Maîtrise, l'objectif de cette étude prospective est d'évaluer la communication entre pédiatres et ostéopathes, mesurer la connaissance des pédiatres quant à la prise en charge ostéopathique de leurs patients, obtenir l'avis des professionnels de la santé quant aux raisons de la consultation précoce des nourrissons chez les ostéopathes et comparer les prises en charges de chaque discipline face aux principaux motifs de consultation des nourrissons chez les ostéopathes, à l'exception du contrôle général, étant bien souvent un motif cachant une question des parents ou une raison annexe et ne pouvant pas amener une réponse précise des professionnels de la santé.

### **3. Méthodologie :**

#### **3.1 Généralités**

Sur les conseils du Professeur Bernard Burnand, professeur ordinaire et la Dresse Brenda Spencer, maître d'enseignement et de recherche et Privat-docent, tous deux dans le domaine de la médecine sociale et préventive, une partie de ce travail de maîtrise devait consister en une recherche qualitative. En effet, du fait de l'aspect novateur de cette enquête et du peu d'études réalisées sur cette problématique, une recherche quantitative réalisée d'emblée aurait été à risque de manquer

une partie de la problématique et de ne pas proposer aux participants un panel de réponses suffisamment large pour couvrir les aspects spécifiques de leur spécialité. La réalisation de cette recherche s'est donc fait en deux parties, premièrement qualitative puis quantitative dans un second temps.

## **3.2 Première partie : recherche qualitative**

Elle a consisté en des entretiens semi-structurés avec des pédiatres hospitaliers, des ostéopathes et des pédiatres installés. L'objectif de ses entretiens étant d'exposer la problématique relevée dans l'introduction aux différents professionnels impliqués et de pouvoir obtenir d'eux une vision plus globale de la situation, de pouvoir mieux la comprendre et obtenir d'eux des possibilités de réponses aux différentes questions auxquelles cette étude souhaite répondre.

### **3.2.1 Choix des interlocuteurs**

Afin d'obtenir des avis et connaissances qui ne se limitent pas au seul interlocuteur, des représentants de certains groupes de professionnels ont été interviewés. Il a également été choisi de s'entretenir avec une ostéopathe travaillant dans un contexte particulier, car exerçant dans un cabinet de groupe où pratique un pédiatre. Malheureusement le pédiatre pratiquant dans ce cabinet n'a pas pu être interviewé car en congé maternité. En ce qui concerne les pédiatres hospitaliers, il a été choisi d'interviewer des personnes d'une certaine expérience œuvrant dans des postes à responsabilités et étant tout de même proche des patients et de leurs parents.

Les interlocuteurs furent les suivants :

- Le médecin adjoint service de néonatalogie CHUV, maître d'enseignement et de recherche.
- Un chef de clinique service de néonatalogie au CHUV
- Une chef du service pédiatrie eHnv et pédiatre installé
- Le Président de la Fédération Suisse des Ostéopathes
- Le Vice-président de la Fédération Suisse des Ostéopathes
- Une ostéopathe installée, pratiquant dans un cabinet avec un pédiatre
- Le Président du comité du Groupement des pédiatres vaudois et pédiatre installé
- Le Vice-président de la Société Suisse de Pédiatrie et pédiatre installé

### **3.2.2 Nombre d'interlocuteur**

Le nombre d'interlocuteur pour réaliser les entretiens n'a pas été prédéfini, l'objectif de ces entretiens étant d'obtenir le plus de nouvelles informations au sujet de la problématique afin de couvrir le champ le plus vaste de son application. La limite pour chaque profession de la santé étant fixée au fait de la répétition des mêmes informations et à l'absence de nouvelles réponses ou nouveaux aspects de la problématique.

### **3.2.3 Documentation des entretiens**

La documentation des entretiens s'est faite par une prise de note durant ceux-ci des réponses et informations importantes ou apportant une plus valeur à la recherche. Dans un souci d'exactitude d'information et pour des questions logistiques, les entretiens ont été enregistrés et consultés pour

vérifier la pertinence, l'exhaustivité et l'exactitude des notes. Pour des questions de confidentialité, ils ne sont pas disponibles dans ce document.

### 3.3 Deuxième partie : recherche quantitative

Cette étape de l'étude s'est faite sous la forme d'un questionnaire en ligne accessible par un lien électronique envoyé par courriel au un échantillon ciblé de la population d'intérêt que sont les pédiatres et les ostéopathes exerçant l'ostéopathie pédiatrique.

#### 3.3.1 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur la base des résultats des entretiens semi-structurés effectués auprès des différents acteurs de la problématique cités ci-dessus. Il réunit toutes les réponses évoquées lors des interviews aux différentes interrogations que cette étude souhaite apporter une réponse ainsi que les principales propositions de prise en charge proposées par les différentes professions provenant également de la partie qualitative de l'étude.

Il est composé de cinq parties distinctes :

- **Informations personnelles générales** : cela comprend la tranche d'âge du répondant, son genre, le nombre d'année depuis l'obtention de son titre et la profession. Ces informations servant à comparer les populations des deux échantillons pour permettre la comparaison des données obtenues dans le reste du questionnaire.
- **Connaissance du pédiatre de la prise en charge ostéopathique** : cette partie interroge les pédiatres sur le pourcentage de leur patient dont ils ont connaissance de la prise en charge ostéopathique, et non pas le pourcentage qu'ils spéculent être également pris en charge en ostéopathie. Elle questionne les ostéopathes sur le pourcentage de leur patient dont ils savent que le pédiatre est au courant du fait que leur patient consulte un ostéopathe.
- **Communication entre pédiatres et ostéopathes** : ce point s'intéresse à la transmission de l'information quant à la prise en charge ostéopathique des patients en âge pédiatrique, si celle-ci s'était faite par l'ostéopathe informant le pédiatre, par l'intermédiaire des parents ou si le pédiatre était l'instigateur de la consultation ostéopathique. Il évaluait également l'avis de l'échantillon quant au niveau de communication entre les deux professions autour de l'enfant, s'ils souhaitaient une amélioration du niveau de communication et par quel outil de communication, comment améliorer la collaboration et dans quelles situations cette relation était souhaitée. Cette partie s'intéresse encore à la considération que pédiatre et ostéopathes se donnent mutuellement quant à leur prise en charge et aux indications qu'ils souhaitent prendre en charge ensemble.
- **Comparaison de la prise en charge** : les questions de ce thème s'intéressent à la prise en charge ostéopathique et pédiatrique des principaux motifs de consultations des enfants de 0-6mois chez l'ostéopathe que sont les coliques du nourrisson et l'accouchement difficile. Le but de ces questions est la comparaison de ces prises en charge et de mettre en évidence une source d'explication du taux élevé de consultation ostéopathique dans cette catégorie d'âge.
- **Raisons des consultations chez l'ostéopathe dans le premier mois de vie** : étant les principaux acteurs de la santé autour de l'enfant durant cette période, nous avons décidé de

leur demander s'il y avait des sources d'explications par rapport à leur pratique ou encore d'autres hors de leur domaine de compétence. Il leur était demandé de sélectionner les trois causes qu'ils considéraient comme principales poussant les parents à consulter un ostéopathe si tôt dans la vie du nouveau-né.

### **3.3.2 Création et hébergement du formulaire en ligne**

Le questionnaire a été élaboré sur le logiciel en ligne gratuit Google Drive. Il consiste en une quinzaine de questions avec différentes possibilités de réponses, soit en cochant des cases avec la possibilité de sélectionner plusieurs réponses qui sont prédéfinies, tout en ayant la possibilité d'inscrire manuellement sa réponse dans une case nommée « autre », soit dans des menu déroulant où il faut sélectionner la réponse qui convient, ou encore sous la forme de réponse à choix multiple ou une seule case peut être sélectionnée mais avec toujours la possibilité de noter sa propre réponse si on considère qu'elle n'est pas décrite dans les choix possibles, et finalement des échelles d'évaluation où les valeurs sont représentées par des chiffres avec une valeur nominale pour les deux valeurs extrêmes.

Dans un souci de fonctionnalité mais également que les possibilités de réponses soient complètes et conviennent aux deux professions, le questionnaire a été testé avant sa mise en ligne par un nombre très restreint d'ostéopathes, de pédiatres ainsi que d'étudiants en médecine. Bien entendu, tous étaient tenu au secret et ne devaient en aucune façon transmettre le lien au questionnaire ni parler de son contenu avec leurs collègues. A travers leurs remarques, nous avons pu améliorer le questionnaire ainsi que le rendre plus complet et compréhensible pour les personnes qui allaient y répondre.

Le questionnaire est disponible à l'adresse suivante :  
<https://docs.google.com/forms/d/1SIh7FmKWTHu9hDch7oOfntZtKhHocsvMxm7SW6isFGs/viewform>

### **3.3.3 Sélection de l'échantillon**

Pour cette étude, le questionnaire devait être rempli par des pédiatres et des ostéopathes exerçant l'ostéopathie pédiatrique. Pour des questions de temps et de taille de l'étude, nous avons décidé de réduire l'échantillon au canton de Vaud. Le questionnaire a donc été transféré aux pédiatres du Groupement des pédiatres vaudois (GPV) et à tous les ostéopathes du canton de Vaud, sans distinction entre ceux qui pratiquent ou non l'ostéopathie pédiatrique, cette distinction n'étant pas possible car n'étant pas un titre particulier dans la profession. Le questionnaire spécifiait qu'il se limitait aux ostéopathes pratiquant l'ostéopathie pédiatrique et le Président de la fédération Suisse des ostéopathes (FSO), l'a bien réaffirmé dans le mail de transmission du lien au questionnaire.

### **3.3.4 Transmission du questionnaire**

La transmission du questionnaire s'est faite sous la forme d'un courrier électronique cosigné par le Professeur Pierre-Yves Zambelli, Médecin chef de l'Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHUV. Il introduisait très brièvement la problématique abordée par cette étude, invitait les professionnels recevant ce courriel à y répondre, étant les principaux acteurs entourant cette problématique et énonçait les grands thèmes des questions abordées, que sont la



communication, la prise en charge des troubles fonctionnels et les raisons de la consultation des nourrissons chez l'ostéopathe dans le premier mois de vie. Un lien renvoyant au questionnaire en ligne était bien visible et accessible d'un seul clic. Il était également spécifié que le questionnaire prendrait moins de 5min à remplir et la fin de la période d'ouverture des réponses au questionnaire était précisée.

Ne pouvant malheureusement pas avoir accès aux adresses courriels des membres du GPV ni de ceux de la FSO pour des raisons de confidentialité de ces deux associations, nous avons dû laisser aux secrétariats de chacune d'elle le soin de transmettre à leur collaborateurs l'e-mail d'invitation pour participer à cette étude.

### **3.3.5 Période de participation**

La période définie comme permettant aux collaborateurs de remplir le questionnaire de cette enquête était du 3 février au 23 février 2014 minuit. Pour des raisons organisationnelles au sein des secrétariats et de disponibilité des intermédiaires, cette période a été quelque peu modifiée pour chacune des professions. En effet, en ce qui concerne les ostéopathes, le questionnaire a été transmis le 4 février, mais le terme n'a pas été modifié. Pour ce qui est des pédiatres, le questionnaire a été distribué le 7 mars et la période de participation à l'enquête s'étendait jusqu'au 6 avril 2014 minuit.

### **3.3.6 Réception et conservation des résultats**

Le logiciel en ligne Google Drive donne la possibilité de créer des feuilles de calculs qui réceptionnent et enregistrent les données collectées sans limite de temps ni de quantité de réponses. Les résultats obtenus étaient anonymes.

### **3.3.7 Valeurs officielles comparatives et analyse statistique des données**

Afin de connaître la viabilité de l'échantillon de pédiatres et celui d'ostéopathes ayant participé à cette étude, une recherche de valeurs officielles a été réalisée afin de les comparer avec les résultats obtenus lors du questionnaire. Ces données officielles ont été obtenues à travers l'OFS (office fédéral de la statistique), le site internet de la FMH (fédération des médecins suisses) ou encore celui de la FSO (fédération suisse des ostéopathes).

Une analyse statistique des résultats du questionnaire en ligne a été effectuée avec l'aide de Mme Katarzyna Pierzchala. Cette analyse a porté sur la corrélation entre les réponses des pédiatres et celles des ostéopathes et cherchait à mettre en évidence à quel degré les deux professions étaient en accord sur chaque questions qui leur étaient posées. Pour ce faire, les tests statistiques de « l'Inter-rater agreement (Weighted  $\kappa^2$ ) », « l'Intraclass Correlation Coefficient (ICC) » et le « Pearson's r Correlation coefficient » ont été utilisés.

## **4. Résultats :**

### **4.1 Partie qualitative**

L'essentiel des résultats sont représentés par le questionnaire élaboré pour la partie quantitative (voir tableau 4). Le choix des questions, leur ordre et tout particulièrement toutes les propositions de réponses découlent des entretiens réalisés avec des pédiatres hospitaliers, des ostéopathes et des pédiatres installés.

Il ressort également de ces rencontres que les pédiatres hospitaliers se sentent peu impliqués dans la problématique, ne connaissant que très peu l'ostéopathie et n'y étant confrontés que de manière extrêmement sporadique dans leur pratique. En effet, les parents ne parlent pour ainsi dire jamais aux pédiatres hospitaliers de l'ostéopathie et une évaluation de cinq à dix cas sur sept cent hospitalisations en néonatalogie par année parmi les près de trois mille naissances par année au CHUV donne un ordre d'idée du peu de confrontation de cette spécialité à la problématique. Ces cas rares sont presque toujours liés à des pathologies chroniques demandant des hospitalisations de longue durée. Dans ces situations particulières, les parents font la demande auprès du néonatalogue, qui vérifie qu'il n'y ait pas de contre-indications. Si c'est le cas, les parents font venir l'ostéopathe de leur choix qui discute avec un médecin de l'équipe de néonatalogie pour connaître les modalités de son intervention et si les parents sont d'accord, l'ostéopathe peut prodiguer son soin en la présence d'au moins un des parents.

En ce qui concerne la communication avec les parents à la maternité, les pédiatres hospitaliers considèrent qu'elle est bonne. Lors d'accouchements physiologiques, ils réalisent un à deux examens cliniques complets du nouveau-né selon le temps d'hospitalisation de la maman. Toujours en présence de la maman mais si possible les deux parents, les pédiatres expliquent lors de ces examens ce qui est réalisé sur leur enfant, abordent les compétences du nouveau-né ainsi que ses limites, font de la prévention des accidents, du rachitisme, de la mort subite du nourrisson, parlent de la prophylaxie en vitamine K (liste non exhaustive), et prennent le temps de répondre aux questions des parents. Ils admettent que ce temps n'est pas à chaque fois le même étant donné la charge de travail et certains moments de grande affluence, mais que le temps doit être pris en fonction du besoin des parents. Ces examens sont en général réalisés par des médecin-assistants sous supervision d'un chef de clinique et il est possible que ces derniers, par manque d'expériences au début de leur formation, se concentrent plus sur l'examen à réaliser et son exactitude que sur le dialogue avec les parents. Mais cela fait partie de la formation et se résout rapidement. Au sein du CHUV, une organisation différente de ces examens cliniques est en discussion afin d'augmenter le temps passé avec les parents.

Comme énoncé lors d'un entretien, les enfants naissant dans les cliniques privées sont examinés par des médecins expérimentés et le temps disponible pour le dialogue avec les parents est plus important que dans les établissements publics. Pourtant le taux d'enfant allant chez l'ostéopathe n'est probablement pas plus bas dans ces structures privées. Pour toutes ces raisons, les pédiatres hospitaliers ne considèrent pas que le taux de visite chez l'ostéopathe dans le premier mois de vie ne soit le résultat d'un manque d'information du pédiatre à la maternité, admettant tout de même que des améliorations sont toujours possibles et seraient dans tous les cas bénéfiques.

Il émerge aussi des entretiens que le certificat de non contre-indication nécessaire en France pour certaines manipulations chez les nourrissons de moins de six mois n'est pas applicable ni souhaitable en Suisse. En effet, aucuns des interlocuteurs ne voyait d'avantages réelles avec cette mesure. Ils en voyaient surtout la complexité, du fait que les pédiatres ne connaissent pas bien l'ostéopathie en Suisse, ses indications ni ses modalités de soins. Il serait par conséquent difficile pour eux d'endosser la responsabilité pour leurs patients d'une telle prise en charge. L'existence de ce certificat chez nos voisins est due en grande partie au système de santé de ce pays et au fait qu'il existe des médecins-ostéopathes dans l'hexagone qui ont souhaité protéger leur pratique. Cette mesure qualifiée de protectionnisme par certains, n'est présente en Europe qu'en France selon nos interlocuteurs. Étant donné qu'à l'heure actuelle une certification est requise pour tous les ostéopathes pratiquant dans notre pays, cela assure un certain niveau de formation, ainsi qu'une manière de pratiquer, bien que cet examen ne soit pas spécifique à l'ostéopathie pédiatrique.

## 4.2 Partie quantitative

Le questionnaire a été transmis à 375 personnes, parmi lesquelles 156 pédiatres et 219 ostéopathes. Sur les 219 ostéopathes, seul 180 étaient actifs et donc invités à répondre et, selon une estimation du Président de la FSO, environ 50% des ostéopathes vaudois pratiquent l'ostéopathie pédiatrique. N'ayant pas de meilleure estimation ni aucun moyen statistique pour obtenir des chiffres précis de cette proportion, nous utiliserons la valeur de 90 ostéopathes pratiquant l'ostéopathie pédiatrique dans le canton de Vaud. Cela fait donc un total de participants de 246 personnes, chiffre utilisé pour les statistiques suivantes. Le taux de participation fut globalement de 47.15% (N=116). Il s'élève à 78.9% (N=71) chez les ostéopathes et à 28.9% (N=45) en ce qui concerne les pédiatres.

### 4.2.1 Échantillon

Quatre variables étaient demandées : le genre, la tranche d'âge, le nombre d'années depuis l'obtention de son titre.

#### Répartition du genre des répondants :

Les participants au questionnaire avaient une répartition de femmes par rapport aux hommes de 0.67 pour les pédiatres et de 0.65 pour les ostéopathes (voir tableau 1). Des valeurs officielles ont été obtenues sur le site de la FMH pour les pédiatres du canton de Vaud (voir tableau 2) qui permettent le calcul du même rapport avec une valeur de 0.66, valeur tout à fait comparable à celle de l'échantillon de pédiatres ayant participé au questionnaire et montre que cet échantillon est représentatif de la population des pédiatres vaudois en ce qui concerne le genre.

**Tableau 1 : Répartition des genres de l'étude:** la proportion de femmes par rapport aux hommes des participants à cette étude est de 0.67 chez les pédiatres et de 0.65 chez les ostéopathes.

Profession	Femmes	Hommes	Total	Proportion F:H
Pédiatre	30	15	45	<b>0.67</b>
Ostéopathe	46	25	71	<b>0.65</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>40</b>	<b>116</b>	<b>0.66</b>

**Tableau 2 : Valeurs de la FMH du nombre de pédiatre et leur genre pour le canton de Vaud : ce tableau précise le secteur d'activité des pédiatres et le nombre d'habitants par médecin pour chaque secteur.**

Secteur	Canton	2013			
		Femmes	Hommes	Total	H/M*
Secteur ambulatoire	VD	86	38	124	6043
Secteur hospitalier	VD	63	37	100	7494
autre secteur	VD	2	3	5	149875
<b>Total</b>	<b>VD</b>	<b>151</b>	<b>78</b>	<b>229</b>	<b>3272</b>

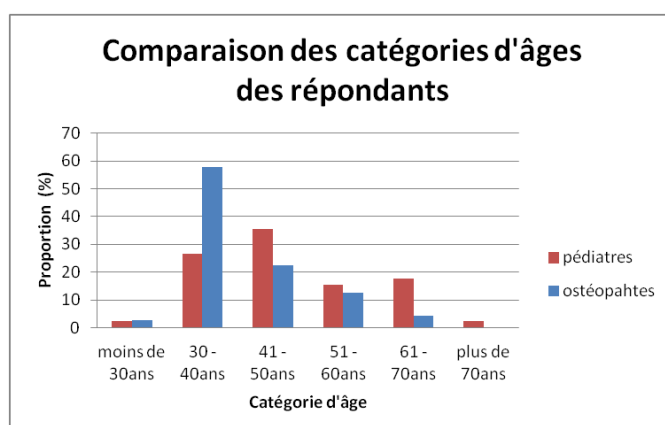
\* Nombre d'habitants par médecin.

Aucunes valeurs officielles n'ont été trouvées sur le site de l'OFS (office fédéral de la statistique) ni sur celui de la FSO quant à la répartition des genres en ostéopathie. Mais des extrapolations en fonction du nombre de diplômés de 2007 à 2009 (*Actualités OFS, Statistique des diplômés 2009*) ainsi que les étudiants de 2010 (*OFS, Elèves et étudiants 2009/10*) obtenus dans les données de l'OFS ainsi qu'une évaluation approximative en fonction des membres de la FSO du canton de Vaud trouvés sur son site internet (<http://osteopathes-suisse.ch/fso/fr/osteopathes?section=9>) permettent les observations suivantes : le rapport des femmes par rapport aux hommes chez les diplômés de 2007 à 2009 est respectivement de 0.85, 0.69 et 0.74. Celui des étudiants de 2010 est de 0.63 et le calcule approximatif en fonction de la liste des ostéopathes du canton de Vaud membres de la FSO donne un rapport de 0.55 (voir tableau 3). Ces valeurs sont approximatives car elles ne permettent pas de cibler les ostéopathes pratiquant l'ostéopathie pédiatrique, ni pour la dernière valeur d'en retirer les membres retraités n'étant pas invité à répondre au questionnaire. Mais ces valeurs montrent que le rapport de 0.65 de la répartition femme/homme se trouve dans la cible des valeurs de référence.

**Tableau 3 : Nombre selon le genre d'ostéopathes diplômés de 2007 à 2009, d'étudiants 2010 et des membres de la FSO et rapport des femmes par rapport aux hommes.**

Diplômés 2007			Diplômés 2008			Diplômés 2009		
Femmes	Hommes	F:H	Femmes	Hommes	F:H	Femmes	Hommes	F:H
22	4	0.85	20	9	0.69	20	7	0.74
Étudiants 2010			Membres FSO VD					
Femmes	Hommes	F:H	Femmes	Hommes	F:H			
110	65	0.63	106	86	0.55			

#### Catégories d'âges des répondants :



**Figure 1 : Graphique des catégories d'âges des répondants au questionnaire**

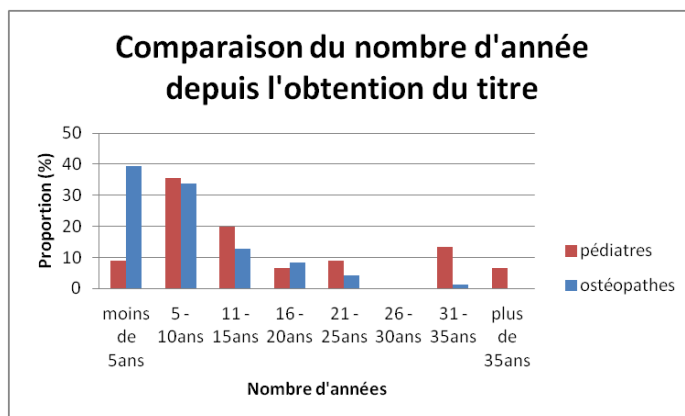
Les valeurs sont consultables en annexe (tableau 6). La moyenne pour les pédiatres est entre 41 et 50ans et entre 30 et 40ans pour les ostéopathes. Les écart-types sont respectivement de 1.16 SD et 0.9 SD.

Aucunes valeurs chiffrées n'ont pu être obtenues sur le site de la FMH, mais un graphique représentant la structure d'âge des pédiatres du canton de Vaud a permis le calcul approximatif mais tout à fait représentatif de leur moyenne d'âge qui se trouve entre 40 et 44ans (voir figure 3 et tableau 7 en annexe). Cette valeur montre que la moyenne d'âge du panel de pédiatre qui a répondu au questionnaire correspond à celle de l'ensemble des pédiatres du canton de Vaud.

Il n'a pas été possible d'obtenir des données statistiques sur la moyenne d'âge des ostéopathes du canton de Vaud, ni au niveau Suisse.

### Nombre d'année d'expérience des participants :

**Figure 2 : Graphique du nombre d'année depuis l'obtention du titre des participants au questionnaire**



Les valeurs sont consultables en annexe (tableau 8). La moyenne pour les pédiatres est de 11-15ans et de 5-10ans pour les ostéopathes.

Cette différence s'explique en partie par le fait que le titre CDS (conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé) pour les ostéopathes n'existe que depuis juin 2008, alors que des ostéophahtes peuvent avoir pratiquer

l'ostéopathie depuis de nombreuses années, l'obtention de ce titre n'est possible que depuis un peu plus de 6ans. Les valeurs supérieures à 6ans ont probablement été donnée en fonction des années d'expériences et non depuis l'obtention du titre.

### 4.2.2 Connaissance du pédiatre de la prise en charge ostéopathique

77.8% des pédiatres ont connaissance qu'entre 0 et 29% de leur clientèle a également une prise en charge ostéopathique. Un peu moins de 17.8% n'a connaissance des consultations chez l'ostéopathe que pour une tranche entre 0 et 9% de leurs patients. Seul 11.1% des pédiatres savent que plus de 40% des enfants qu'ils suivent consultent également des ostéopathes. En moyenne, les pédiatres sont au courant de la prise en charge alternative pour 10 à 19% de leur patientèle avec une déviation standard de 1.65 SD.

53.5% des ostéopathes savent qu'entre 0 et 29% des pédiatres des enfants qui les consultent sont au courant de leur prise en charge ostéopathique, mais pour 15.5% des ostéopathes, seul moins de 10% des pédiatres de leurs clients en âge pédiatrique savent qu'ils sont en traitement ostéopathique. Mais les réponses sont bimodales pour les ostéopathes. En effet, un second pic d'ostéopathes de 18.3% répond qu'entre 50 et 59% des pédiatres des enfants qu'ils prennent en charge ont connaissance de la prise en charge ostéopathique de leurs patients. La moyenne des résultats est de 20 à 29% des pédiatres ayant connaissance des consultations ostéopathiques des patients des ostéopathes.

### 4.2.3 Communication entre pédiatre et ostéopathes

#### Information de la prise en charge ostéopathique :

D'après 40.0% des pédiatres, aucuns de leurs patients dont ils savent qu'ils consultent un ostéopathe ne le font sur leur conseil et pour 31.1 autres pourcents, seul 10% de leurs patients consommant cette médecine manuelle et dont ils sont au courant le font sur leur conseil. Ceci représente déjà plus de 70% des pédiatres participants à cette enquête. En ce qui concerne l'information venant directement de l'ostéopathe, les pédiatres sont très clairs : 91.1% des pédiatres répondent qu'ils n'ont eu connaissance de la prise en charge ostéopathique pour aucuns de leurs patients par l'intermédiaire de l'ostéopathe. Pour 35.6% des pédiatres, 100% des patients dont ils ont connaissance de la prise en charge ostéopathique on obtenu cette information à travers les parents de leurs patients, et pour 15.6 autres pourcents, l'intermédiaire parental représente 90% de l'information pour leurs patients consultant l'ostéopathe.

Les données obtenues auprès des ostéopathes sont très semblables à celle des pédiatres. En effet, 23.9% des ostéopathes considèrent qu'aucuns de leurs patients dont le pédiatre à connaissance de sa prise en charge ostéopathique n'ont été adressé par le pédiatre et pour 45.1% d'autres ostéopathes, seul 10% de leur patientèle pour laquelle le pédiatre est informé l'ont su parce qu'ils étaient la source de cette consultation. Ces réponses rassemblent 69% des ostéopathes ayant rempli le questionnaire. Pour ce qui est de l'information du pédiatre venant de l'ostéopathe, les résultats sont moins catégoriques que les pédiatres, mais dans un registre similaire. En effet, 46.5% des ostéopathes considèrent que 0% des enfants qu'ils traitent et dont le pédiatre est au courant ont été informé par leur intermédiaire. Selon 33.8% des ostéopathes, c'est 10% de cette même population qu'ils ont informé eux-mêmes. Et enfin pour 57.8% des ostéopathes, ce sont entre 80% et 100% de leurs clientèles dont le pédiatre est informé de la prise en charge ostéopathique que cette information a été transmise à travers les parents.

Les tests de corrélations sont les plus forts pour ces questions à l'exception de celle de l'information par les parents (voir tableau 5). Pour la consultation sur les conseils des pédiatres, le weighted  $\kappa^2$  est de 0.909 signifiant un très bon accord entre pédiatres et ostéopathes. Les valeurs ICC et  $r$  allant dans le même sens. En ce qui concerne l'information par l'ostéopathe, la valeur du weighted  $\kappa^2$  est de 0.766 correspondant à un bon accord entre les réponses des deux professions. La valeur pour la transmission de l'information à travers les parents est plus basse avec un weighted  $\kappa^2$  de 0.479 se traduisant par un accord modéré des réponses.

#### Niveau de communication entre pédiatres et ostéopathes

En prenant les résultats globaux, sans différencier les réponses des deux professions, 33.6% des participants au questionnaire estiment que la communication entre eux est inexistante. Les pédiatres sont les plus pessimistes sur ce sujet, étant 60.0% à la considérer de la sorte contre 16.9% pour les ostéopathes. Pour 56.0% des sondés, la communication est considérée comme faible et cette fois c'est en grande partie grâce aux ostéopathes qui sont un peu plus positif sur ce point avec 67.6% d'entre eux la définissant comme faible, contre 37.8% des pédiatres. En moyenne globale, la communication entre pédiatres et ostéopathes est considérée comme inexistante et seul chez les ostéopathes la moyenne atteint tout juste le niveau faible comme évaluation de leur communication.

**Tableau 4 : Questionnaire et résultats :** questions posées aux pédiatres et aux ostéopathes suivies des propositions de réponses, du nombre de réponses des pédiatres et le pourcentage d'entre eux cela représente puis la même chose pour les ostéopathes.

Questions: 1)posée aux pédiatres 2)posée aux ostéopathes puis possibilités de réponses	Nombre de réponses	Pourcentage des pédiatres (%) (N=45)	Nombre de réponses	Pourcentage des ostéopathes (%) (N=71)
<b>1)Quel est le pourcentage de vos patients qui ont une prise en charge ostéopathique?</b> <i>veuillez indiquer le pourcentage connu et non spéculé</i>				
<b>2)Quel est le pourcentage de vos patients dont le pédiatre est au courant de votre prise en charge ostéopathique?</b> <i>veuillez indiquer le pourcentage approximatif connu (vous savez que le pédiatre est au courant) et non spéculé (vous pensez que le pédiatre est au courant)</i>				
0 - 9 %	8	17.78	11	15.49
10 - 19 %	17	37.78	18	25.35
20 - 29 %	10	22.22	9	12.68
30 - 39 %	5	11.11	5	7.04
40 - 49 %	1	2.22	5	7.04
50 - 59 %	1	2.22	13	18.31
60 - 69 %	2	4.44	3	4.23
70 - 79 %	1	2.22	2	2.82
80 - 89 %	0	0.00	2	2.82
90 - 100%	0	0.00	3	4.23
<b>1)Parmi ces patients, combien ont consulté un ostéopathe sur vos conseils?</b> <i>la somme des réponses des trois prochaines questions doit faire 100%</i>				
<b>2)Parmi ces patients, combien vous on été adressé par le pédiatre?</b> <i>la somme des réponses des trois prochaines questions doit faire 100%</i>				
0%	18	40.00	17	23.94
10%	14	31.11	32	45.07
20%	3	6.67	8	11.27
30%	5	11.11	7	9.86
40%	2	4.44	2	2.82
50%	1	2.22	3	4.23
60%	0	0.00	2	2.82
70%	1	2.22	0	0.00
80%	0	0.00	0	0.00
90%	1	2.22	0	0.00
100%	0	0.00	0	0.00
<b>1)Combien est-ce l'ostéopathe qui vous a informé de sa prise en charge?</b> <i>la somme de la réponse à cette question, de la précédente et de la suivante doit faire 100%</i>				
<b>2)Pour combien c'est vous qui avez informé le pédiatre de votre prise en charge?</b> <i>la somme de la réponse à cette question, de la précédente et de la suivante doit faire 100%</i>				
0%	41	91.11	33	46.48
10%	3	6.67	24	33.80
20%	1	2.22	8	11.27
30%	0	0.00	3	4.23
40%	0	0.00	0	0.00
50%	0	0.00	2	2.82
60%	0	0.00	0	0.00
70%	0	0.00	0	0.00
80%	0	0.00	0	0.00
90%	0	0.00	1	1.41
100%	0	0.00	0	0.00
<b>1)Combien est-ce les parents qui vous ont informé de la prise en charge ostéopathique?</b> <i>la somme de la réponse à cette question et des deux précédante doit faire 100%</i>				
<b>2)Combien est-ce les parents qui ont informé le pédiatre de la prise en charge ostéopathique?</b> <i>la somme de la réponse à cette question et des deux précédante doit faire 100%</i>				
0%	1	2.22	0	0.00
10%	8	17.78	3	4.23
20%	0	0.00	3	4.23
30%	2	4.44	3	4.23
40%	0	0.00	3	4.23
50%	2	4.44	7	9.86
60%	3	6.67	5	7.04
70%	3	6.67	6	8.45
80%	3	6.67	15	21.13
90%	7	15.56	15	21.13
100%	16	35.56	11	15.49





Questions:	Nombre de réponses	Pourcentage des pédiatres (%) (N=45)	Nombre de réponses	Pourcentage des ostéopathes (%) (N=71)
<b>1)posée aux pédiatres</b>				
<b>2)posée aux ostéopathes et possibilités de réponses</b>				
<b>1+2)Quelle est votre proposition de prise en charge face à un nourrisson dont le motif de consultation est des coliques du nourrisson? Veuillez indiquer votre proposition de prise en charge après exclusion d'une cause somatique</b>				
rassurer les parents	45	100.00	59	83.10
explications sur les pleurs et leur durée	41	91.11	47	66.20
proposer la tenue d'un agenda des pleurs et de la prise pondérale	14	31.11	8	11.27
conseils alimentaires (mère et enfant)	26	57.78	59	83.10
médicament	14	31.11	5	7.04
s'améliore tout seul, attendre trois mois	22	48.89	11	15.49
hospitalisation de décharge	10	22.22	1	1.41
épaississant du lait	3	6.67	3	4.23
changer de lait	2	4.44	27	38.03
manipulations de la base du crâne	2	4.44	58	81.69
recherche de tensions abdominales/viscérales	5	11.11	67	94.37
manipulation spinale	1	2.22	31	43.66
manipulation du crâne	1	2.22	47	66.20
recherche de tension au niveau neurovégétatif	2	4.44	49	69.01
massages / exercices réalisés par les parents durant les crises	17	37.78	47	66.20
Autre	3	6.67	14	19.72
<b>1+2)Quelle est votre proposition de prise en charge face à un nourrisson dont le motif de consultation est un accouchement difficile? Veuillez indiquer votre proposition de prise en charge pour le nourrisson dans le cas un accouchement long ou instrumenté</b>				
recherche de complications ou traumatismes obstétricaux	31	68.89	57	80.28
aucune prise en charge particulière proposée pour le nourrisson	17	37.78	2	2.82
manipulations du crâne	3	6.67	59	83.10
recherche de tensions dans les épaules	5	11.11	58	81.69
manipulation de la ceinture cervico-scapulaire	5	11.11	54	76.06
manipulations des bras	3	6.67	29	40.85
conseiller de consulter l'obstétricien	2	4.44	4	5.63
Autre	6	13.33	19	26.76
<b>Selon vous, quelles sont les causes / raisons principales qui poussent les parents à consulter un ostéopathe durant le premier mois de vie de leur enfant? Veuillez indiquer les trois causes les plus importantes</b>				
peur, malaise des parents face à leur enfant après la sortie du milieu médical	11	24.44	23	32.39
le rendez-vous était déjà prévu avant la naissance	13	28.89	17	23.94
manque de communication entre les pédiatres et les parents à la maternité	3	6.67	12	16.90
conseillé par la sage-femme	37	82.22	64	90.14
mode / tendance de notre époque	40	88.89	32	45.07
troubles dont le pédiatre à peu de prise en charge à proposer	16	35.56	56	78.87
nombreuses questions des parents	5	11.11	22	30.99
plus de temps de discussion chez l'ostéopathe	2	4.44	30	42.25
meilleure satisfaction des parents	1	2.22	12	16.90
manque de disponibilité du pédiatre	2	4.44	6	8.45
Autre	7	15.56	17	23.94

## Amélioration de la communication

Les résultats tendent également dans le même sens dans les deux professions sur ce point, avec un plus grand engouement venant des ostéopathes. On constate en effet que 89.6% du panel souhaite une amélioration de la communication entre pédiatres et ostéopathes. Ce pourcentage s'élève même à 97.2% des sondés en ne prenant que les résultats des ostéopathes, valeur qui est de 77.8% pour les pédiatres.

Le moyen de communication le plus préconisé pour cet échange est l'e-mail avec 41.1% des participants. Il est le moyen numéro un prôné par les ostéopathes mais le second pour les pédiatres avec respectivement 43.5% et 36.8%. L'outil de communication le plus sollicité par ces derniers est le rapport de consultation avec 42.1%.

Les principales situations pour lesquelles une communication est souhaitée est premièrement le suivi et l'évolution d'une prise en charge conjointe d'une pathologie (79.3% des répondants), puis la découverte d'une anomalie sortant du cadre de la profession (59.5%) et la découverte de nouvelles informations utiles pour la prise en charge du patient, avec l'accord du patient (52.6%). L'ordre de priorité est identique dans les deux spécialités.

L'apport nécessaire pour améliorer la collaboration entre ces deux professionnels œuvrant autour de l'enfant est tout d'abord des séminaires interdisciplinaires selon 42.2% des sondés, c'est le besoin principal pour les ostéopathes (49.3%) mais il n'est que le deuxième pour les pédiatres (31.1%) qui y préfèrent des études démontrant l'efficacité de l'ostéopathie (42.2% des pédiatres). Près de 20% des ostéopathes prônent la cohabitation dans un même cabinet. Le contraste est très grand avec les pédiatres, car pas un seul n'a porté son choix sur cette proposition.

### **Considération de chaque profession et prise en charge conjointe**

Lorsqu'on demande aux pédiatres comment considèrent-ils la prise en charge des ostéopathes, seul 6.7% l'estiment indispensable, 31.1% inutile et les 62.2% restants sont indécis. Les réponses de la part des ostéopathes est plus valorisante pour la pédiatrie, une large majorité la considérant comme indispensable (81.7%), aucun ne considérant la profession comme inutile et seul 18.3% étant mitigés. Les tests de corrélations obtiennent des valeurs négatives pour chaque test (weighted  $\kappa^2$  (-0.642), ICC (-0.494),  $r$  (-0.691)) ce qui signifie une corrélation modérée à forte mais négative, ce qui veut dire que la considération de leur prise en charge s'oppose.

À la demande des indications médicales pour lesquelles les pédiatres conseillent leur patient de consulter un ostéopathe en complément de sa prise en charge, ils ont répondu en premier lieu la plagiocéphalie (62.2%), l'asymétrie de position de la tête ou torticolis congénital (46.7%) et les coliques du nourrisson (35.6%). En ce qui concerne l'accouchement instrumenté ou long qui est un des motifs de consultation principaux des nourrissons chez l'ostéopathe, 22.2% des pédiatres sondés le conseilleraient. Il est important de relever qu'en revanche 31.1% des pédiatres ont déclaré qu'aucunes indications médicales ne nécessitent une consultation ostéopathique. Du côté des ostéopathes, la question leur était posée des indications qu'ils souhaitaient que leurs confrères pédiatres leur réfèrent. Les valeurs sont très élevées pour la plupart des indications avec des valeurs comprises entre 80% et 90% des ostéopathes pour six des dix propositions. Il est intéressant de mettre en évidence que deux ostéopathes ont répondu qu'aucunes indications n'étaient souhaitables en référence de pédiatre, mais il semblerait d'après la justification de leur réponse qu'ils aient mal compris la question, comprenant quelles sont les informations qu'ils souhaiteraient que les pédiatres leur transmettent. L'indication médicale la moins sollicitée par les ostéopathes est l'infirmité motrice cérébrale (21.1%) et l'est encore moins par les pédiatres (0%) alors que des études se sont penchées sur cette indication et son efficacité dans certains cas.

### **4.2.4 Comparaison de la prise en charge**

#### **Coliques du nourrisson :**

La prise en charge des pédiatres consiste principalement en la rassurance des parents (100% des pédiatres) et l'explication des pleurs et leur durée (91.1%). La seule autre prise en charge considérée

par plus de la moitié d'entre eux est celle d'administrer des conseils alimentaires pour la mère et l'enfant (57.8%). Pour 48.9% des pédiatres, une partie de la prise en charge consiste en une attente de trois mois car cela passe tout seul. Une valeur quelque peu surprenante est que 37.8% des pédiatres proposent des massages ou autres exercices réalisés par les parents durant les crises.

Pour les ostéopathes, les valeurs sont de plus de 60% pour presque la totalité des propositions de prise en charge, à l'exception des pratiques plutôt du monde médical telles que la prescription de médicament (7.0%), l'hospitalisation de décharge (1.4%), l'utilisation d'épaississant du lait (4.2%) ou encore la proposition de tenir un agenda des pleurs et de la prise pondérale (11.3%). Il est surprenant que 38.0% des ostéopathes proposent le changement de lait ainsi que 83.1% prodiguent des conseils alimentaires pour la mère et l'enfant, ce qui contredit le président de la FSO qui affirmait le contraire lors de son entretien, en tout cas pour sa pratique personnelle. La proposition obtenant le plus de suffrage étant la recherche de tensions abdominales/viscérales (94.4%).

#### **Accouchement difficile :**

Sans grande surprise, l'essentiel de la prise en charge du pédiatre face à ce motif de consultation est la recherche de complications ou traumatismes obstétricaux (68.9%) mais qu'aucune prise en charge particulière n'est proposée pour le nourrisson (37.8%). Il est plus surprenant que le reste des propositions ne soient pas à zéro pourcent, étant des propositions de manipulation ostéopathiques. Plus étonnant encore, certains pédiatres proposent toutes les prises en charge ostéopathiques.

Comme attendu de la part des ostéopathes, toutes les propositions de manipulations ostéopathiques reçoivent plus de 75% des avis à l'exception des manipulations au niveau des bras (40.9%). La recherche de complications ou traumatismes obstétricaux est proposée par 80.3% des ostéopathes mais il est difficile de savoir si cette proposition évoque les mêmes complications dans les deux professions. Une donnée intéressante est que tant les pédiatres (4.4%) que les ostéopathes (5.6%) ne considèrent pas que l'accouchement décrit comme difficile par la mère ne puisse être source de traumatismes obstétricaux pour celle-ci et lui conseilleraient de consulter son obstétricien.

#### **4.2.5 Raisons des consultations dans le premier mois de vie**

Il a été demandé aux participants d'estimer, en tant que professionnels entourant cette situation, qu'elles sont les principales raisons qui poussent les parents à consulter un ostéopathe durant le premier mois de vie. Il leur était possible d'indiquer les trois raisons les plus importantes. La raison qui réunit les deux corps de métier est que cette consultation est conseillée par les sages-femmes (82.2% des pédiatres et 90.1% des ostéopathes). Ceci est la première cause énoncée par les ostéopathes, mais les pédiatres voient avant celle-ci une mode ou tendance de notre époque (88.9%) et ils admettent en troisième lieu que ces consultations sont dues à des troubles dont les pédiatres ont peu de prise en charge à proposer (35.6%). Ces deux raisons sont également énoncées par les ostéopathes après la cause de la sage-femme, mais le fait que ce sont des troubles dont le pédiatre a peu de prise en charge à proposer venant avant l'argument de la mode ou tendance de notre époque (respectivement 78.9% et 45.1%). Il est intéressant de relever qu'un point important jouant un rôle selon les ostéopathes est qu'ils ont plus de temps de discussion pour les patients et leurs parents (42.3%) alors que les pédiatres ni voient pas une raison ayant un si grand poids (4.4%).

**Tableau 5 : Tests de corrélations statistiques :** questions résumées en quelques termes dans la première colonne. Trois tests ont été réalisés et sont l'Inter-rater agreement, l'Intraclass Correlation Coefficient et le Pearson's r Correlation coefficient. Les tableaux d'interprétation des résultats se trouvent à la fin du tableau.

<i>Questions</i>	<i>Inter-rater agreement Weighted <math>\kappa^2</math></i>	<i>Intraclass Correlation Coefficient ICC</i>	<i>Correlation coefficient r</i>
<b>pourcentage de patients dont le pédiatre est au courant</b>	<b>0.608</b>	<b>0.727</b>	<b>0.785</b>
<b>pourcentage de patients sur conseils du pédiatre</b>	<b>0.909</b>	<b>0.880</b>	<b>0.869</b>
<b>pourcentage informé par l'ostéopathe</b>	<b>0.766</b>	<b>0.738</b>	<b>0.821</b>
<b>pourcentage informé par les parents</b>	<b>0.479</b>	<b>0.477</b>	<b>0.471</b>
<b>niveau de communication entre pédiatres et ostéopathes</b>	<b>0.710</b>	<b>0.593</b>	<b>0.516</b>
<b>souhait d'une amélioration</b>	<b>0.600</b>	<b>0.935</b>	<b>-----</b>
<b>outil/moyen de communication préconisé</b>	<b>0.342</b>	<b>0.463</b>	<b>0.382</b>
<b>moyen pour améliorer la collaboration</b>	<b>0.149</b>	<b>0.411</b>	<b>0.332</b>
<b>quelles situations pour communication</b>	<b>0.881</b>	<b>0.873</b>	<b>0.902</b>
<b>comment considérez-vous la prise en charge de l'autre profession</b>	<b>-0.642</b>	<b>-0.494</b>	<b>-0.691</b>
<b>indications consultation ostéopathique</b>	<b>0.186</b>	<b>-0.070</b>	<b>0.500</b>
<b>prise en charge coliques du nourrisson</b>	<b>0.091</b>	<b>0.169</b>	<b>0.232</b>
<b>prise en charge accouchement difficile</b>	<b>0.021</b>	<b>-0.076</b>	<b>0.120</b>
<b>causes/raisons de consultation durant le premier mois de vie</b>	<b>0.604</b>	<b>0.656</b>	<b>0.688</b>

<u>Inter-rater agreement:</u>		<u>Pearson's r Correlation</u>	<u>Intraclass correlation coefficient</u>
The <i>K</i> value can be interpreted as follows (Altman, 1991)		strengths of correlation: r=	strength of correlation: ICC=
<b>Value of <i>K</i></b>	<b>Strength of agreement</b>	+ .70 or higher Very strong positive relationship	>0.90 High correlation
< 0.20	Poor	+ .40 to +.69 Strong positive relationship	0.75-0.90 Moderate
0.21 - 0.40	Fair	+ .30 to +.39 Moderate positive relationship	<0.75 Low
0.41 - 0.60	Moderate	+ .20 to +.29 weak positive relationship	
0.61 - 0.80	Good	+ .01 to +.19 No or negligible relationship	
0.81 - 1.00	Very good	-.01 to -.19 No or negligible relationship	
<i>K</i> is 1 when there is perfect agreement between the		-.20 to -.29 weak negative relationship	
<i>K</i> is 0 when there is no agreement better than chance		-.30 to -.39 Moderate negative relationship	
<i>K</i> is negative when agreement is worse than chance.		-.40 to -.69 Strong negative relationship	
		-.70 or higher Very strong negative relationship	

## 5. Discussion :

### 5.1 Interprétation des résultats

L'échantillon ayant répondu au questionnaire en ligne semble représentatif des deux populations que l'on souhaitait étudier. En effet, les données comparatives obtenues auprès de l'OFS, sur le site de la FMH ou encore celui de la FSO sont comparables avec celle obtenue dans l'échantillon à l'exception de la valeur du rapport femmes/hommes pour les ostéopathes. Mais cette valeur de comparaison étant approximative, ne pouvant pas retirer de la liste les personnes retraitées faisant encore partie de la FSO mais ne répondant pas au questionnaire ni celles ne pratiquant pas l'ostéopathie pédiatrique, et en prenant en compte les valeurs des diplômés de 2007 à 2009 ainsi que des étudiants de 2010, la valeur de l'échantillon semble tout à fait dans la cible. Un bémol est le manque de données pour comparer les catégories d'âge des ostéopathes, les valeurs de cette partie de l'échantillon étant plus basses que les pédiatres.

Plus de trois-quarts des pédiatres ont connaissance de la prise en charge ostéopathique pour moins de trente pourcents de leurs patients ce qui est bien en dessous du pourcentage réel de leur clientèle consultant un ostéopathe sachant que moins de cinquante pourcent des parents parlent de cette consultation alternative au pédiatre et sachant également que les pédiatres de moins de trente pourcents de la clientèle d'une majorité des ostéopathes est au courant de la prise en charge ostéopathique. Même si les effectifs des patientèles des deux professions ne sont pas comparables, cela représente un nombre important d'enfant.

La communication de la prise en charge ostéopathique des enfants à leur pédiatre se fait presque uniquement à travers ses parents ( $\geq 90\%$  pour plus de cinquante pourcents des pédiatres et  $\geq 80\%$  pour près de soixante pourcents des ostéopathes). Après vérification des réponses, ces valeurs devraient même être supérieures à ces pourcentages, plusieurs participants n'ayant pas bien respecté les directives pour répondre à cette question, ce qui explique l'étalement des valeurs.

Ces deux dernières constatations mettent en évidence une situation ambiguë pour les parents. Ils sont le principal intermédiaire entre deux professionnels dont un n'est pas toujours très ouvert à la pratique de médecine alternative, ce qui explique que moins de cinquante pourcents des parents parlent avec leur pédiatre de ces choses. Cela démontre une probable difficulté pour les parents d'en parler au pédiatre alors qu'ils y sont fréquemment invités par l'ostéopathe, d'après les entretiens effectués avec ceux-ci. Ainsi, les parents sont le principal moyen de communication actuel entre pédiatres et ostéopathes mais cette communication se fait pour moins de la moitié des patients des ostéopathes.

L'information transmise directement de l'ostéopathe au pédiatre est pour ainsi dire inexistante ce qui démontre un lien manquant entre deux professions prenant en charge le même enfant et bien souvent pour la même pathologie avec parfois des avis et conseils divergents de leurs parts, mettant les parents dans des situations délicates, à moins qu'ils n'aient fait le lien eux-mêmes entre pédiatres et ostéopathes et peuvent ainsi parler plus aisément de ces situations conflictuelles.

Il est encore rare que les pédiatres conseillent leurs patients de consulter un ostéopathe avec quarante pourcents d'entre eux ne le faisant jamais et plus de trente autres pourcents ne l'ayant fait que pour un enfant sur dix qui consulte ce praticien de médecine manuelle et dont le pédiatre est au courant. Ceci s'explique en partie par un manque de connaissance de l'ostéopathie, un manque de compréhension des techniques ostéopathiques et probablement le plus important : le manque de preuves scientifiques de l'efficacité de cette médecine manuelle. Étant les principaux répondants pour la santé des enfants, les pédiatres peuvent difficilement conseiller d'eux-mêmes des traitements dont l'efficacité n'a pas été prouvée. Mais quand la question d'un complément de prise en charge ou d'une alternative vient des parents et que le pédiatre a une certaine expérience avec l'ostéopathie, il ne déconseillera pas aux parents d'essayer cette possibilité.

Le niveau de communication est faible à inexistant entre pédiatres et ostéopathes, les pédiatres le considérant comme inexistant pour soixante pourcents d'entre eux et les ostéopathes l'évaluant pour soixante-sept pourcents comme faible. Par contre une majorité des deux professions sollicitent une amélioration de cette communication (89.6%) avec un engouement marqué des ostéopathes (97.2%). Même si les pédiatres ne sont pas aussi catégoriques, plus des trois-quarts d'entre eux souhaitent tout de même une amélioration de leur communication. Le moyen pour réaliser cette communication serait plutôt l'e-mail pour les ostéopathes (43.5%), mais les pédiatres préfèrent le rapport de consultation (42.1%) à l'e-mail (36.8%). Le consensus serait donc le courrier électronique. Mais cette relation directe n'est pas souhaitée dans tous les cas, elle est principalement voulue lors de la prise en charge conjointe d'une pathologie (79.3%). Le besoin principal pour améliorer la collaboration pour les pédiatres est la démonstration par des études prouvant l'efficacité de l'ostéopathie (42.2%) et est suivi par les séminaires interdisciplinaires (31.1%), qui est le besoin principal selon les ostéopathes (49.3%). Cela montre que malgré un manque de compréhension des traitements ostéopathiques et une certaine forme de méfiance en l'absence de preuve de leur efficacité, les pédiatres savent qu'une proportion importante de leur patientèle a une double prise en charge de certains de leurs troubles et souhaitent donc mieux collaborer pour le bien-être de leur patient pédiatrique et éviter des situations qui seraient délétères pour ceux-ci. Mais la nécessité d'évidence reste essentielle pour les pédiatres. Les deux professions ont aussi besoin de mieux se connaître et de parler le même langage et pour cela, sollicitent ces séminaires pour qu'une communication soit possible.

La considération que porte chacune des deux professions vis-à-vis de l'autre est révélatrice de la situation actuelle. En effet, un peu moins d'un tiers des pédiatres considère que la prise en charge ostéopathique est inutile et près des deux tiers restants sont indécis face à cette question. Ceci met en lumière le fait que les pédiatres ne voient pas un bénéfice mesurable et imputable à cette modalité de prise en charge, dont une majorité reste ouverte à cette possibilité mais attend plus de preuves pour prendre position. Il est un peu surprenant qu'en l'absence d'études prouvant l'efficacité de l'ostéopathie pour divers troubles fonctionnels, seuls un peu plus du trente pourcents des pédiatres n'y voient aucune utilité. Une hypothèse d'explication émise lors de nos entretiens est qu'empiriquement certains pédiatres ont l'impression que cela a eu un effet pour certains de leurs patients. La même proportion de pédiatre considère qu'aucune indication médicale ne nécessite un complément de prise en charge ostéopathique, mais étonnement ce ne sont pas exactement les mêmes qui considèrent l'ostéopathie comme inutile, même si la majorité a répondu de manière congruente. Pour ceux qui conseillent à leurs patients une prise en charge ostéopathique, les

indications principales sont la plagiocéphalie (62.2%), l'asymétrie de position de la tête ou torticolis (46.7%) et les coliques du nourrisson (35.6%). Ces constatations révèlent qu'une majorité des pédiatres pensent que l'ostéopathie pourrait avoir un effet pour ces troubles mais n'ayant pas confirmation par des études prouvant l'efficacité de cette prise en charge complémentaire, ils ne sont pas sûrs de son utilité et ne la conseilleront pas sans une demande de la part des parents.

La comparaison de la prise en charge des principaux motifs de consultation des nourrissons en ostéopathie que sont les coliques du nourrisson et l'accouchement difficile révèle que les pédiatres sont plutôt démunis face à ce trouble fonctionnel et à ce motif sans problématique médicale spécifique. La base de leur prise en charge pour les coliques est de rassurer les parents (100%) et donner des explications sur les pleurs et leur durée (91.1%). Nous savons empiriquement que ce trouble passe sans prise en charge particulière aux alentours de trois mois pour la majorité des enfants(34) et qu'on a très peu d'explications sur ses causes. Étant donné ces constatations, les pédiatres dont la pratique est fondée sur l'EBM (evidence base medicine) ne peuvent proposer d'autres alternatives comme prise en charge fondamentale de ce trouble. Les autres propositions étant administrées en fonction de la situation et des besoins particuliers des parents. L'origine alimentaire de ce trouble étant une hypothèse mais surtout une grande source d'explication des pleurs pour les parents, explique que les conseils alimentaires pour la mère et l'enfant sont proposés par plus de la moitié des pédiatres. Par contre, la proposition par près de trente-huit pourcents des pédiatres que les parents réalisent des massages ou autres exercices réalisés durant la crise n'a que très peu de base scientifique quand à ses effets ni à son efficacité et semble être une proposition plus pour l'effet réconfortant pour les parents de les rendre actif durant les crises et de ne pas se sentir démunis face aux pleurs de leur enfant. Cette proposition est surprenante de la part des pédiatres et laisse penser que des manipulations de l'enfant pourraient avoir un effet bénéfique sur les coliques du nourrisson, bien que ces manipulations ne soient pas comparables à celles réalisées par les ostéopathes. Pour ceux-ci, avec plus de soixante pourcents des ostéopathes favorables avec presque toutes les propositions de prise en charge ostéopathique, la base de la prise en charge n'est pas spécifique et dépendra en grande partie du praticien et de son ressenti. Il semble qu'ils feront presque tous une recherche de tension abdominale ou viscérale (94.4%) et que le fait de rassurer les parents et de prodiguer des conseils alimentaires pour la mère et l'enfant serait des choses faites régulièrement (83.1%). Ces deux dernières propositions de prise en charge sont partagées par les deux corps de métier et peuvent ainsi être source de contradiction s'ils ne tiennent pas le même discours. Les ostéopathes semblent respecter les limites de leur domaine en ne proposant que très peu des prises en charges plus spécifiques au corps médical. Une exception surprenante est le changement de lait proposé par trente-huit pourcents des ostéopathes. Bien que cette proposition de prise en charge ne soit que très rare de la part des pédiatres pour les coliques du nourrisson (4.4%), elle est fréquente dans d'autres problématiques telles que les régurgitations abondantes. Cela peut amener les parents à recevoir des indications contraires et ainsi être mis dans une situation délicate, d'autant plus si le pédiatre n'est pas au courant que son patient est également suivi par un ostéopathe. Cela semble également sortir du domaine de la profession ostéopathique, n'ayant à notre connaissance pas une formation spécifique pour les différents laits et leur prescription.

Face à un enfant qui vient suite à un accouchement considéré comme difficile par la mère de l'enfant, souvent dans des cas d'accouchements longs ou instrumentés, les pédiatres recherchent des complications ou traumatismes obstétricaux chez le nourrisson (68.9%) et c'est la seule

proposition qui obtient plus de cinquante pourcents des avis des pédiatres. La suivante étant le fait qu'aucune prise en charge particulière n'est proposée pour le nourrisson et n'atteint qu'un peu moins de trente-huit pourcents. Les pédiatres n'ont donc que peu de réponses à apporter à cette demande de soin de la part des parents. Ils cherchent des conséquences de l'accouchement nécessitant un traitement médical, ce qui ne semble pas être la cause de la consultation des parents étant donné que cette recherche a déjà été réalisée à la maternité et qu'ils consultent un praticien de médecine complémentaire. Les ostéopathes quant à eux proposent également la recherche de complications ou traumatismes obstétricaux (80.3%) mais nous ne pouvons pas en déduire que ce sont les mêmes que les pédiatres. Ils proposent en plus de cela des manipulations du crâne et de la ceinture cervico-scapulaire et la recherche de tensions au niveau des épaules et cela par plus des trois-quarts d'entre eux pour chacune de ces propositions. Il semblerait donc que les parents cherchent un complément à la recherche de complications graves et nécessitant un traitement médical réalisée sur leur enfant par les pédiatres. Aucune des deux professions ne voit la nécessité d'une consultation chez l'obstétricien suite à un accouchement difficile. Ceci laisse à penser que selon eux, la définition d'accouchement difficile est plus une description du vécu de la mère face à l'accouchement mais ne représente pas un risque pour elle d'une quelconque complication nécessitant une consultation avec son obstétricien. Il est également possible qu'étant donné que la question portait sur les propositions des prises pour le nourrisson, les répondants ne voyaient pas l'intérêt d'une consultation obstétrique pour le nourrisson.

Les trois raisons principales qui poussent les parents à consulter un ostéopathe durant le premier mois de vie de leur enfant sont les mêmes pour les deux professions mais pas tout à fait dans le même ordre. Elles sont les suivantes (ordre indifférent) : mode/tendance de notre époque, troubles dont le pédiatre a peu de prise en charge à proposer et finalement conseillé par la sage-femme. La raison faisant le plus consensus étant le fait que la consultation ostéopathique a été conseillée par la sage-femme (82.2% des pédiatres ; 90.1% des ostéopathes). C'est intéressant car tous deux rejettent la cause sur un autre acteur de la santé autour du nouveau-né. Il est impossible de savoir à travers ce questionnaire si c'est un fait avéré et que les parents ont partagé cette raison avec les deux professions ou si c'est une suspicion de ceux-ci. Cela nécessiterait une recherche incluant les sages-femmes. Il est intéressant de remarquer que, bien que bénéficiaires des consultations et convaincus de l'efficacité de leur pratique, les ostéopathes admettent pour quarante-cinq pourcents d'entre-eux que cela fait partie d'une mode de notre époque et n'est pas uniquement dû au fait que les motifs de consultation sont des troubles dont les pédiatres ont peu de prise en charge à proposer (78.9%). Les pédiatres quant à eux voient comme première raison cette tendance de notre époque qui pousse les parents à amener leur nourrisson aux consultations ostéopathiques (88.9%) et n'admettent qu'à demi-mot que les troubles fonctionnels sont des troubles auxquels les pédiatres ont peu de prise en charge à proposer (35.6%). Cela montre que les explications majeures données par les deux professions sont peu liées aux atouts ou faiblesses de leur propre pratique, mais plus à des causes extérieures.

## **5.2 Biais et limitations**

### **5.2.1 Biais de sélection**

Nous savons que le questionnaire a été envoyé par courrier électronique directement sur les adresses des pédiatres et ostéopathes du canton de Vaud. Mais sachant que seul moins de trente



pourcents des pédiatres ont répondu au questionnaire, le risque que les répondants fassent partie d'un sous-groupe ayant un intérêt particulier pour l'ostéopathie est grand. Le fait que l'échantillon de pédiatres ayant répondu au questionnaire ait une répartition au niveau de la proportion de femmes par rapport aux hommes et particulièrement de la moyenne d'âge qui sont tout à fait similaires aux valeurs comparatives nous fait penser que le poids de ce biais est faible dans cette étude. En effet, comme suggéré lors de nos entretiens semi-structurés, la différence d'intérêt pour l'ostéopathie semble grande entre l'ancienne et la nouvelle génération de pédiatres, cette dernière y étant bien souvent plus ouverte. Selon la moyenne d'âge des répondants à cette étude et la valeur comparative, il n'y a pas eu de biais de sélection par rapport à l'âge, donc probablement pas non plus par rapport à l'intérêt pour la problématique.

### **5.2.2 Faiblesses de la méthode**

L'élaboration d'un questionnaire est très compliquée et est une science en soit. Malgré les quelques conseils que nous avons pu obtenir de la part de l'IUMSP (institut universitaire de médecine sociale et préventive), nous savons que notre questionnaire est imparfait et présente des sources d'erreurs et de biais de mesures. Les questions présentent des faiblesses quant à leur compréhension, mais également à leur précision ce qui rend difficilement interprétable certaines d'entre elles. Une difficulté rencontrée est que le logiciel Google Drive qui permet de créer des questionnaires en ligne manquait de fonctionnalité pour assurer le respect des consignes de réponses telles qu'un nombre minimum de réponses, la somme de plusieurs réponses devant représenter 100% ou encore bloquer le lien après le remplissage du questionnaire, laissant la possibilité aux participants de remplir plusieurs fois le questionnaire. Plusieurs de ces fonctionnalités sont maintenant disponibles mais ne l'étaient malheureusement pas lors de l'élaboration du questionnaire. Cela a été source d'erreurs dans les réponses aux questionnaires, des réponses trop nombreuses, des sommes donnant des pourcentages trop faibles ou trop élevés. Nous avons décidé de ne pas enlever ces réponses ni de les modifier pour les adapter aux consignes car elles n'empêchaient pas l'interprétation des résultats et en les analysant et les adaptant virtuellement aux consignes, renforçaient encore les résultats obtenus. Nous avons donc souhaité les conserver tout en indiquant ces erreurs dans l'interprétation des résultats. Mais le risque que des participants aient répondu plusieurs fois au questionnaire n'est pas exclu.

### **5.2.3 Faiblesse de l'interprétation des résultats**

Les résultats sont en grande partie des avis et sont par conséquent subjectifs et non des mesures objectives. Il faudrait par conséquent une étude pour confirmer objectivement ces valeurs et pouvoir réellement en tirer des conclusions. Ces résultats sous forme d'avis induisent la difficulté de leur interprétation. Il est en effet compliqué d'analyser les raisons de ces avis et toutes les interprétations deviennent donc des suppositions quelque peu renforcées par les résultats des entretiens mais ceux-ci représentant un nombre restreint d'avis. La nécessité d'une nouvelle étude avec un design permettant l'objectivation de ces résultats paraît donc nécessaire pour tirer de réelles conclusions face à certains résultats obtenus, notamment les causes poussant la consultation ostéopathique des enfants dans le premier mois de vie.

Une autre faiblesse venant de la forme des résultats est que leur valeur nominale n'est pas ordonnable et très difficile de transformer sous forme chiffrée pour établir des statistiques à partir

de celles-ci. Nous avons pu réaliser des études statistiques uniquement sur la corrélation des réponses entre les deux échantillons de professionnels.

### **5.3 Appréciation personnelle de la recherche**

Cette étude a été une expérience très enrichissante. Elle m'a permis de découvrir une profession intéressante et de mieux la comprendre afin de m'en faire une idée plus claire et concrète. Il était parfois difficile de concilier un certain manque d'intérêt à cette étude ressortant lors d'entretiens avec certains pédiatres et la grande motivation des ostéopathes, mais les résultats obtenus montrent que l'intérêt de l'enfant est la priorité des deux professions, chacun la voyant à sa manière. Bien que n'ayant aucune autorité ni réelles compétences pour le faire, je conseillerais à ces deux professions, suite à cette étude, d'améliorer leurs relations ainsi que la communication interprofessionnelle pour la sérénité de la famille de leurs patients en commun.

## **6. Conclusion**

Cette étude a mis en évidence que les pédiatres sont au courant de la prise en charge ostéopathique que d'une petite partie des enfants qu'ils soignent alors que selon toutes vraisemblances, la proportion de leur clientèle bénéficiant de cette médecine complémentaire est bien plus élevée. Cette affirmation se confirme par un autre fait avéré dans cette recherche qui est que les parents de ses enfants représentent l'essentiel des rapports entre pédiatre et ostéopathes et qu'il est avéré dans le Travail de Maîtrise précédent que moins de la moitié d'entre eux font le lien entre les deux professions. Ceci est encore renforcé par le fait que plus de la moitié des ostéopathes savent que moins de trente pourcents des pédiatres de leur clientèle sont au courant de leur prise en charge parallèle. Il est encore très rare que les pédiatres soient les instigateurs des visites ostéopathiques de leur patient et anecdotique le fait qu'un ostéopathe informe de manière directe le pédiatre de sa prise en charge.

La communication entre pédiatres et ostéopathes est très faible voire inexistante. Mais une large majorité des deux corps de métiers souhaite améliorer cette situation. Le moyen consensuel pour cette communication est le courrier électronique et serait voulu lors de prise en charge conjointe d'une pathologie pour le suivi de son évolution. Mais il est nécessaire pour pouvoir avoir cette amélioration au niveau de la communication que des études confirment l'efficacité de l'ostéopathie dans les troubles pédiatriques de manière à l'inscrire dans la pratique basée sur la preuve des pédiatres. Il est également nécessaire que les deux professions se connaissent mieux et puissent se comprendre mutuellement. Pour cela, les participants à cette étude ont sollicité la nécessité de séminaires interdisciplinaires. La sollicitation de ces séminaires interdisciplinaires se comprend lorsqu'on voit la considération que se porte pédiatres et ostéopathes par rapport à l'utilité de leur prise en charge. En effet, les pédiatres sont indécis quant à l'utilité des traitements ostéopathiques de leurs patients. Mais seule une minorité, malgré l'absence de preuves scientifiques, prennent parti pour l'inutilité de l'ostéopathie en pédiatrie. Cela laisse à penser qu'une majorité de pédiatre doutent de l'efficacité ou non de l'ostéopathie pour ces troubles pédiatriques et hésitent donc de conseiller à leur patient un complément ostéopathique à leur prise en charge. Pour les pédiatres qui conseillent à leur patient cette prise en charge parallèle, la plagiocéphalie est le trouble le plus référé.

En comparant les prises en charges des deux corps de métiers face aux principaux motifs de consultations des enfants de zéro à six mois, nous avons observé que les propositions de prise en charge de base des pédiatres étaient limitées mais similaires, pragmatiques et adaptées à la connaissance scientifique actuelle. Mais une proportion non négligeable d'entre eux propose également des exercices ou massages réalisés par les parents lors des crises de coliques. S'il est impossible de savoir si c'est dans un objectif de rendre les parents actifs et de ce fait contribuer à ce qu'ils se sentent moins démunis face aux pleurs de leur enfant ou si les pédiatres pensent que cela peut avoir un effet bénéfique pour l'enfant malgré l'absence de preuve de l'efficacité de ces manœuvres, cela donne l'impression aux parents que des manipulations de leur enfant peuvent être bénéfiques pour ce trouble. Les ostéopathes proposent différentes manipulations et recherches de tension en plus de la même prise en charge de base des pédiatres. Ces traitements ostéopathiques répondent à une demande de la part des parents mais ont une efficacité non prouvée. Mais tous les ostéopathes ne proposent pas la même prise en charge face à un même trouble, ce qui laisse penser qu'elle sera très différente d'un ostéopathe à l'autre. Cela peut s'expliquer par le fait que leur pratique se base en grande partie sur un ressenti lors de ces manipulations.

Les trois raisons principales qui poussent les parents à consulter un ostéopathe pour leur enfant durant son premier mois de vie sur lesquelles pédiatres et ostéopathes s'accordent sont le fait que c'est une mode ou une tendance de notre époque, que les sages-femmes l'ont conseillé et finalement que ce sont des troubles dont les pédiatres ont peu de prise en charge à proposer.

## **7. Remerciements**

Nous sommes reconnaissants pour la grande contribution qu'ont apportés les présidents de la FSO et du GPV sans qui la réalisation de cette étude aurait été impossible. Nous adressons également nos remerciements à tous les interlocuteurs que nous avons pu rencontrer et qui ont offert de leur temps et leur connaissance pour développer cette recherche. Un remerciement particulier à Mme Pierzchala pour la réalisation des statistiques.

## **8. Bibliographie**

1. Wolf U, Maxion-Bergemann S, Bornhöft G, Matthiessen PF, Wolf M. Use of Complementary Medicine in Switzerland. *Forsch Komplementärmedizin Res Complement Med.* 2006;13(2):4-6.
2. Zuzak TJ, Zuzak-Siegrist I, Simões-Wüst AP, Rist L, Staubli G. Use of complementary and alternative medicine by patients presenting to a Paediatric Emergency Department. *Eur J Pediatr.* avr 2009;168(4):431-7.
3. Zuzak TJ, Zuzak-Siegrist I, Rist L, Staubli G, Simões-Wüst AP. Medicinal Systems of Complementary and Alternative Medicine: A Cross-Sectional Survey at a Pediatric Emergency Department. *J Altern Complement Med.* avr 2010;16(4):473-9.
4. Zuzak TJ, Rauber-Lüthy C, Simões-Wüst AP. Accidental intakes of remedies from complementary and alternative medicine in children—analysis of data from the Swiss Toxicological Information Centre. *Eur J Pediatr.* 1 juin 2010;169(6):681-8.

5. Cooper KL, Harris PE, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of visits to five types of complementary and alternative medicine practitioners by the general population: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract.* nov 2013;19(4):214-20.
6. Thomas K, Coleman P. Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey. *J Public Health.* 6 janv 2004;26(2):152-7.
7. Hunt KJ, Coelho HF, Wider B, Perry R, Hung SK, Terry R, et al. Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. *Int J Clin Pract.* 1 oct 2010;64(11):1496-502.
8. MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *The Lancet.* 2 mars 1996;347(9001):569-73.
9. MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. The Escalating Cost and Prevalence of Alternative Medicine. *Prev Med.* août 2002;35(2):166-73.
10. MacLennan AH, Myers SP, Taylor AW. The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: costs and beliefs in 2004. *Med J Aust [Internet].* 2006 [cité 9 oct 2014];184(1). Disponible sur: <https://crypto.unil.ch/journal/2006/184/1/DanaInfo=www.mja.com.au,SSL+continuing-use-complementary-and-alternative-medicine-south-australia-costs-and>
11. Xue CCL, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF. Complementary and Alternative Medicine Use in Australia: A National Population-Based Survey. *J Altern Complement Med.* 1 août 2007;13(6):643-50.
12. Thomas K, Fall M, Nicholl J. Methodological study to investigate the feasibility of conducting a population-based survey of the use of complementary health care Final report to the Research Council for Complementary Medicine. 1993.
13. Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med.* 1 mars 2001;9(1):2-11.
14. Ernst E, White A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med.* mars 2000;8(1):32-6.
15. Posadzki P, Lee MS, Ernst E. Osteopathic manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review. *Pediatrics.* juill 2013;132(1):140-52.
16. Duncan B, McDonough-Means S, Worden K, Schnyer R, Andrews J, Meaney FJ. Effectiveness of Osteopathy in the Cranial Field and Myofascial Release Versus Acupuncture as Complementary Treatment for Children With Spastic Cerebral Palsy: A Pilot Study. *JAOA J Am Osteopath Assoc.* 10 janv 2008;108(10):559-70.
17. Wyatt K, Edwards V, Franck L, Britten N, Creanor S, Maddick A, et al. Cranial osteopathy for children with cerebral palsy: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child.* 1 juin 2011;96(6):505-12.
18. Belcastro MR, Backes CR, Chila AG. Bronchiolitis: a pilot study of osteopathic manipulative treatment, bronchodilators, and other therapy. *J Am Osteopath Assoc.* mai 1984;83(9):672-6.

19. Guiney PA, Chou R, Vianna A, Lovenheim J. Effects of Osteopathic Manipulative Treatment on Pediatric Patients With Asthma: A Randomized Controlled Trial. *JAOA J Am Osteopath Assoc.* 1 janv 2005;105(1):7-12.
20. Vandenplas Y, Denayer E, Vandenbossche T, Vermet L, Hauser B, DeSchepper J, et al. Osteopathy may decrease obstructive apnea in infants: a pilot study. *Osteopath Med Prim Care.* 19 juill 2008;2:8.
21. Mills MV, Henley CE, Barnes LLB, Carreiro JE, Degenhardt BF. The Use of Osteopathic Manipulative Treatment as Adjuvant Therapy in Children With Recurrent Acute Otitis Media. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 sept 2003;157(9):861.
22. Steele KM, Viola J, Burns E, Carreiro JE. Brief report of a clinical trial on the duration of middle ear effusion in young children using a standardized osteopathic manipulative medicine protocol. *J Am Osteopath Assoc.* mai 2010;110(5):278-84.
23. Wahl RA, Aldous MB, Worden KA, Grant KL. Echinacea purpurea and osteopathic manipulative treatment in children with recurrent otitis media: a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med.* 2 oct 2008;8:56.
24. Hasler C, Schmid C, Enggist A, Neuhaus C, Erb T. No effect of osteopathic treatment on trunk morphology and spine flexibility in young women with adolescent idiopathic scoliosis. *J Child Orthop.* juin 2010;4(3):219-26.
25. Monaco A, Cozzolino V, Cattaneo R, Cutilli T, Spadaro A. Osteopathic manipulative treatment (OMT) effects on mandibular kinetics: kinesiographic study. *Eur J Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* mars 2008;9(1):37-42.
26. Philippi H, Faldum A, Schleupen A, Pabst B, Jung T, Bergmann H, et al. Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: a randomized therapeutic trial. *Dev Med Child Neurol.* janv 2006;48(1):5-9; discussion 4.
27. Bierent-Vass A. Osteopathie als Chance für Kinder mit ADS/ADHS? *Osteopat Med.* 2005;6(3):4.
28. Cerritelli F, Pizzolorusso G, Ciardelli F, La Mola E, Cozzolino V, Renzetti C, et al. Effect of osteopathic manipulative treatment on length of stay in a population of preterm infants: a randomized controlled trial. *BMC Pediatr.* 26 avr 2013;13:65.
29. Hayden C, Mullinger B. A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. *Complement Ther Clin Pract.* mai 2006;12(2):83-90.
30. Navarro JP, Capó i Giner JV. Eficacia de la técnica osteopática de liberación del hueso lagrimal en la obstrucción congénita del conducto nasolagrimal. *Osteopat Científica.* sept 2009;4(3):79-85.
31. Nemett DR, Fivush BA, Mathews R, Camirand N, Eldridge MA, Finney K, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of osteopathy-based manual physical therapy in treating pediatric dysfunctional voiding. *J Pediatr Urol.* avr 2008;4(2):100-6.
32. Hayes NM, Bezilla TA. Incidence of iatrogenesis associated with osteopathic manipulative treatment of pediatric patients. *J Am Osteopath Assoc.* oct 2006;106(10):605-8.

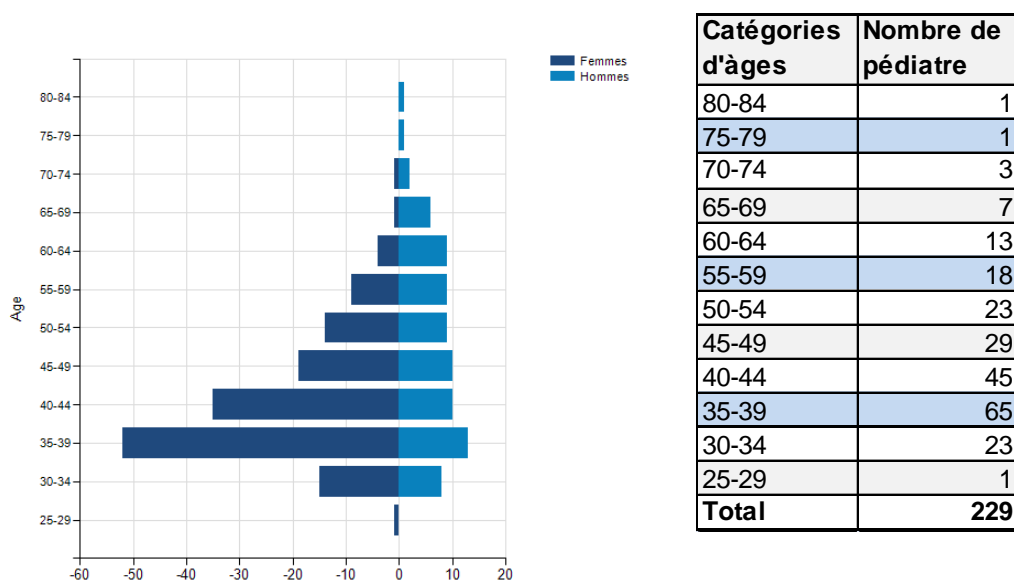
33. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. [cité 10 sept 2013]; Disponible sur: [http://www.uneo-net.com/files/downloads/Evaluation\\_de\\_l---efficacit--\\_de\\_la\\_pratique\\_de\\_l---ost--opathie\\_-\\_INSERM.pdf](http://www.uneo-net.com/files/downloads/Evaluation_de_l---efficacit--_de_la_pratique_de_l---ost--opathie_-_INSERM.pdf)
34. Dobson D, Lucassen PLBJ, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD004796.

## 9. Annexes

**Tableau 6 : Catégories d'âges des participants :** en fonction de la profession : nombre de répondant et pourcentage de la profession.

Catégorie d'âge	moins de 30ans	30 - 40ans	41 - 50ans	51 - 60ans	61 - 70ans	plus de 70ans
Pédiatres	1	12	16	7	8	1
pourcentage	2.22	26.67	35.56	15.56	17.78	2.22
Ostéopathes	2	41	16	9	3	0
pourcentage	2.82	57.75	22.54	12.68	4.23	0.00

**Figure 3 et tableau 7 : structure d'âge des pédiatres du canton de Vaud :** graphique du site de la FMH montrant la structure d'âge selon le sexe et tableau des valeurs approximatives de cette figure.



**Tableau 8 : Nombre d'année depuis l'obtention du titre :** en fonction de la profession : nombre de répondant et pourcentage de la profession.

Nombre d'année depuis l'obtention du titre	moins de 5	5 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	plus de 35
Pédiatres	4	16	9	3	4	0	6	3
pourcentage	8.89	35.56	20.00	6.67	8.89	0.00	13.33	6.67
Ostéopathes	28	24	9	6	3	0	1	0
pourcentage	39.44	33.80	12.68	8.45	4.23	0.00	1.41	0.00