

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"/>						
Autre profession de santé	<input type="checkbox"/>						
Humanités	<input type="checkbox"/>						
Sciences	<input type="checkbox"/>						
Économie	<input type="checkbox"/>						
Arts	<input type="checkbox"/>						
Autre (veuillez préciser): ____	<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^{er} 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"/>										
Cabinet privé de groupe	<input type="radio"/>										
Clinique de formation	<input type="radio"/>										
Hôpital	<input type="radio"/>										
Clinique privée	<input type="radio"/>										
Pièce de votre logement entièrement réservée à votre activité d'ostéopathe	<input type="radio"/>										
Pièce de votre logement en partie réservée à votre activité d'ostéopathe	<input type="radio"/>										
À domicile (chez le patient)	<input type="radio"/>										
Centre social de soins	<input type="radio"/>										
Autre(s) (veuillez préciser) : _____	<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) 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"/>				
Mobilisation articulaire	<input type="radio"/>				
Technique de thrust HVBA	<input type="radio"/>				
Technique crânienne	<input type="radio"/>				
Myotensif	<input type="radio"/>				
Technique Jones (strain-counterstrain)	<input type="radio"/>				
Technique fonctionnelle	<input type="radio"/>				
Traitement général ostéopathe (TGO)	<input type="radio"/>				

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

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%
Nourrissons (<1 année)	<input type="radio"/>										
Enfants (1–12 ans)	<input type="radio"/>										
Adolescents (13-17 ans)	<input type="radio"/>										
Femmes enceintes	<input type="radio"/>										
Sportifs	<input type="radio"/>										
Artistes scéniques (danseurs, musiciens, etc.)	<input type="radio"/>										
Seniors (65 ans +)	<input type="radio"/>										
Autres adultes (18-64 ans)	<input type="radio"/>										
Animaux	<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"/>				
Examen du rectum	<input type="radio"/>				
Examen des seins	<input type="radio"/>				
Examen de la cavité buccale	<input type="radio"/>				
Examen du conduit auditif	<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 (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.